

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

**DOTTORATO DI RICERCA IN
PEDAGOGIA**

Ciclo XXV

Settore Concorsuale di afferenza: 11 D1

Settore Scientifico disciplinare: M PED 01

TITOLO TESI

**L'«EDUCATIVO IN SANITA'»: RETI DI
COMPLESSITA' E ORIZZONTI DI POSSIBILITA'**

Presentata da: Stefano Benini

Coordinatore Dottorato

Prof.ssa Emma Beseghi

Relatore

Prof.ssa Mariagrazia Contini

Esame finale anno 2013

L'educazione è *speranza*. Non accetta lo scoramento totale, sa riconciliarsi con il male del vivere; con il desiderio di non entrare inutilmente nelle sue vicissitudini.

L'educazione è *l'innalzarsi della coscienza* oltre se stessi, nella ricerca sempre meravigliosa di noi stessi.

L'educazione *sfida* la nostra amarezza, dinnanzi all'impossibilità di immaginare diversamente il mondo.

L'educazione *non è sortilegio*; prelude sempre a un rischiararsi nuovo del pensiero. Non sospira per la fine imminente di ogni attesa o per l'allontanarsi di un maestro.

L'educazione è *sempre un annuncio*, un'epifania che non vuole conoscere in anticipo il suo destino.

L'educazione *ci apre gli occhi*, se poco prima troppo erano chiusi al mondo.

Duccio Demetrio

INDICE

Introduzione	6
Parte I - Capitolo 1	
RETI DI COMPLESSITÀ	10
1.1. Iniziando da una sintesi	10
1.2. Quale scienza per la medicina?	17
1.3. Quale servizio per l'arte della cura?	28
1.4. Curando tra le ombre: elogio dell'incertezza e dell'umiltà	35
1.5. Co-ordinare tante teste e tante opinioni: <i>le cure basate sulle evidenze</i>	44
1.6. La clinica basata sulla persona	57
1.7. Malati complessi e gestione della <i>cura della complessità</i>	67
1.8. Verso una convergenza dei saperi: transitare i «territori di frontiera»	82
1.9. Finestre in dialogo: scienze mediche e pedagogia	95
1.10. Connessioni e orizzonti di reciprocità: il contributo della pedagogia alla cura sanitaria	110
1.11. Sconfinare, incontrarsi e traghettare sulle scie delle scienze bioeducative	122
Parte I - Capitolo 2	
TRA IL SANITARIO E L'EDUCATIVO UN PONTE CHE CONNETTE: LA CURA	136
2.1. Sulle tracce della cura	136
2.2. Oltre la chiacchiera	141
2.3. Discorsi al <i>plurale</i> sulla cura	146
2.4. Luoghi e contesti per una cura privata e una cura pubblica	150
2.5. Le condizioni dell'uomo e il bisogno di cura	155
2.6. L'orizzonte esistenziale della cura	158
2.7. Cura e relazionalità: tra presenze, distanze e pensabilità	161
2.8. Curare il ben-esistere	163
2.9. Cura est omnis	166
2.10. I medici educatori	172
2.11. Medico, educatore, uomo, ma soprattutto <i>artista della cura</i> : Janus Korczak	182
Parte I - Capitolo 3	
LA CURA EDUCATIVA IN SANITÀ	191
3.1. La natura educativa nelle professioni sanitarie	191
3.2. <i>Educare per prevenire e dare la libertà</i> : orientamenti pedagogici per la tutela e la promozione della salute	199

3.3. <i>Educare per curare</i> : l'educazione terapeutica e la progettazione educativa	214
3.4. <i>Educare per incontrare</i> : costruire le trame dell'aiuto	224
3.5. Educare nel limite e nella fragilità: la resilienza per riannodare i fili di una vita interrotta ..	232

Parte I – Capitolo 4

LA COMPETENZA PEDAGOGICA IN SANITA'	240
4.1. Uno sguardo sulla competenza professionale	240
4.2. La competenza pedagogica	250
4.3. Il problematicismo come filosofia dell'educazione che orienta allo sviluppo della competenza pedagogica	257
4.4. Il problematicismo pedagogico come dispositivo teoretico-metodologico	263
4.5. Per lo sviluppo delle competenze relazionali: la prospettiva intersoggettiva e la pedagogia fenomenologica	269
4.6. Per una competenza al con-tatto con l'altro: la pedagogia del corpo	272
4.7. La pedagogia delle emozioni e degli affetti per sentire sé e l'altro nella comune esperienza della cura	275
4.8. I presupposti per una educazione all'incontro e all'esercizio della pura attenzione all'altro .	276

PARTE II - Capitolo 1

NEL CUORE DELL' ESPERIENZA: IMPRONTE E VOCI DA UNA INDAGINE ESPLORATIVA	279
1.1. Premessa	279
1.2. Questioni di metodo: i focus group	284
1.3. Il logbook della ricerca	287
1.3.1. I presupposti	288
1.3.2. I primi passi sulla via euristica	289
1.3.3. Le ipotesi e i disegni di ricerca	290
1.3.4. Dubbi e problemi della ricerca	292
1.4. Il protocollo di ricerca	296
1.5. La ricerca: aspetti metodologici	299
1.5.1. Il campione e la confidenza pedagogica	299
1.5.2. Procedura	303
1.5.3. Metodologia e strumenti	304
1.5.4. Analisi del materiale	305
1.6. I risultati della ricerca	306
1.6.1. L'educazione scritta sopra a un post it	306
1.6.2. L'educazione nella pratica sanitaria: analogie e corrispondenze	309
1.6.3. Tra direzioni e mete dell'educativo sanitario	313
1.6.4. Essere o fare l'educatore?	318
1.6.5. Le trappole e gli inceppi dell'educativo	321

1.6.6. Per una formazione alla cura educativa: tra assenze, esperienze e alleanze	326
1.7. In conclusione: i focus group e la loro tensione pedagogica	330
PER CONCLUDERE: L'EDUCATIVO E I SUOI ORIZZONTI DI POSSIBILITA'	334
Bibliografia	339

INTRODUZIONE

Il lavoro di tesi transita lungo un terra di frontiera che sta in mezzo e fa da ponte tra l'educativo e il sanitario. È una terra ancora poco battuta perché oscura a molti. Sappiamo però che i territori di frontiera sono luoghi di scambio e di contaminazione, talvolta anche di clandestinità da cui scaturiscono conflitti, dato che le frontiere dividono il «dentro» da il «fuori», il «noi» dagli «altri», marcando spesso le differenze. Ma tra i due bordi di terra e la linea di demarcazione troviamo uno spazio neutro, un territorio di tutti e di nessuno; un territorio che connette e che consente il passaggio da un luogo all'altro. Ed è nel territorio «di mezzo» che si incontrano, entrano in relazione, si scambiano e si mescolano tutti i saperi per crearne dei nuovi.

Nel tentativo di sconfinare la tesi analizza due prospettive disciplinari: quella pedagogica e quella delle scienze mediche per comprenderne i nessi e le differenze, non per giungere ad uno sguardo unicamente speculativo, quanto, invece, per aprire ad una serie di riflessioni operative e metodologiche utili per l'esercizio sanitario.

Si tratta di un lavoro di ricerca pedagogica che chiama in causa gli operatori sanitari – ma anche quelli dell'educazione, che, nello specifico, si misurano quotidianamente con quei pensieri e quelle azioni di cura connotate dall'aggettivo «educativo».

Articolata in due parti, la tesi si sviluppa seguendo due disegni di ricerca tra loro interagenti e circolari: quello teoretico e quello empirico.

La prima parte pone l'attenzione in modo particolare all'epistemologia della cura sanitaria nella prospettiva della complessità, dove scienze mediche e pedagogia vengono raffigurate come finestre in dialogo che accomunate dello stesso telos - la cura della persona – si trovano ad avere parecchie connessioni e orizzonti di reciprocità.

Pur senza riscontrare una tradizione compiuta, sistematica e permanente della pedagogica italiana applicata ai contesti sanitari, vi sono stati tuttavia importanti lavori (cfr. Di Giorgio 1981 e 1990, Kanisza, 1994, Cunico, 2002, Bertolini G. et al, 1994, Massa R,

Bertolini G., 1997, Zannini 2001, Bertolini P, 2005, Becchi, 2010, Carlocontini, 2012) che hanno fatto da sfondo e guidato le riflessioni.

Nella prima parte del lavoro la lettura pedagogica raccoglie i tasselli di problematicità che si incontrano oggi nei contesti sanitari, mettendo in discussione sia lo sguardo tipico del pensiero binario, mediante il quale il ragionamento procede per contrapposizioni antinomiche (salute o malattia, vita o morte, cura di serie A o cura di serie B) sia quella consuetudine di un fare acritico e automatico, che valorizza la mera attuazione dei protocolli di cura così per come vengono pubblicati nelle prestigiose riviste scientifiche. Proprio perché il «pensiero unico» non può più essere considerato sostenibile per la cura sanitaria, il capitolo 1 dal titolo “Reti di complessità” cerca di offrire una visione aperta e problematica della realtà sanitaria.

Attraverso interrogativi e sollecitazioni interdisciplinari si è circumnavigato, in modo particolare, sulla natura della medicina con l’analisi delle sue antinomie - arte e scienza, scienza esatta e non-scienza, malattia e essere-sentirsi malato - ripercorrendo i principali assunti storico-filosofici che hanno caratterizzato le pagine della medicina. Dato che l’atto medico, fin da Ippocrate, è stato riconosciuto essere composto da una miscela di conoscenze scientifiche e interpretazioni soggettive, il discorso si sofferma sulla necessità di sostare tra le ombre della cura elogiando l’incertezza e l’umiltà come propone Richard Smith, direttore del British Medical Journal. Per questo vengono spiegate le ragioni per cui quando il chirurgo, l’ostetrica, l’infermiere e il fisioterapista sono chiamati ad applicare i principi dell’Evidence Based Medicine (EBM) si debba procedere con cautela e riflessione, visto che, come sosteneva Augusto Murri, la clinica si deve basare sulle persone e non soltanto su conoscenze validate, come invece si tende oggi.

Il capitolo sviluppa il paradigma della complessità – nella prospettiva moreniana - che sta connotando anche la medicina e le cure sanitarie, ponendo un’analisi sulla nozione di malato complesso concetto che la letteratura medica sta sempre più tesauroizzando. Ed è nel territorio della complessità che pedagogia e scienze mediche ritrovano la loro attinenza epistemologica, sviluppando, in questo caso un lavoro di Piero Bertolini che definiva pedagogia e medicina come scienze dell’uomo e per l’uomo.

Il secondo capitolo si colloca invece a ponte tra il sanitario e l’educativo, approfondendo il discorso sulla cura nella sua accezione filosofica e plurale. Constatando che la cura è di tutti (cura est omnis), indipendentemente dell’appartenenza disciplinare, il discorso fa

riferimento alla testimonianza di alcuni medici educatori - J.G. Itard, M. Montessori, O. Decroly e J. Korczak – per far capire come i confini tra l’educativo e il sanitario siano più che mai prossimi e, dunque, quanto sia difficile separare la connotazione educativa dalla cura sanitaria.

Il terzo capitolo tratta più approfonditamente della cura educativa in sanità. Prendendo come riferimento i profili delle professioni sanitarie che delineano una pluridimensionalità degli interventi educativi sanitari, è stato possibile scorgere almeno quattro categorie pedagogiche nelle azioni sanitarie, che sono state riassunte in: 1. Educare per prevenire e tutelare la salute dando la libertà; 2. Educare per curare: l’educazione terapeutica e la progettazione educativa; 3. Educare per incontrare: costruire le trame dell’aiuto; 4. Educare nel limite e nella fragilità: la resilienza per riannodare i fili di una vita interrotta. Al termine del capitolo si profila un orizzonte vasto e articolato della cura educativa in sanità.

Il quarto capitolo affronta l’ambito della competenza pedagogica e come gli operatori dovrebbero sviluppare interventi educativi pedagogicamente fondati. La riflessione, in modo particolare, si arricchisce del contributo del problematicismo pedagogico, della pedagogia del corpo e delle emozioni, oltre ad alcune tracce della pedagogia fenomenologica.

La seconda parte della tesi presenta i dati di una indagine esplorativa.

Per acquisire maggiori elementi sulla cura educativa sanitaria, dopo averla guardata e compresa dal di fuori, si è deciso di indagarla stando dentro, ovvero coinvolgendo direttamente alcuni operatori sanitari. L’itinerario euristico tracciato nasce dal desiderio di attraversare i percorsi di chi vive l’educazione quotidianamente nel proprio lavoro, dando loro la parola per far emergere le esperienze, i vissuti, le rappresentazioni, le emozioni, le potenzialità, le criticità e le proposte in tale ambito. Sono stati organizzati dei focus group che hanno coinvolto medici, infermieri, ostetriche e fisioterapisti della provincia di Bologna e medici, infermieri e fisioterapisti del Canton Ticino, Svizzera.

La seconda parte delinea un disegno di ricerca pedagogico-qualitativo per integrare la teoria con la prassi dando vita ad un movimento circolare capace di consegnare un assetto epistemologico alla lettura pedagogica che si è progressivamente andata a delineare nella I parte, riducendo così il rischio che si potesse rimanere su un piano estemporaneo e approssimativo, oppure ideologico o astratto.

La tesi infine delinea una sorta di conclusioni aperte nelle quali si tracciano graficamente gli elementi di complessità che compongono la cura educativa connessa alle istanze e ai contesti sanitari.

CAPITOLO 1.

RETI DI COMPLESSITA'

1.1. Iniziando da una sintesi

Due pagine dello stesso quotidiano: un filosofo ed un medico portano avanti, con energica e fluida scrittura, la propria posizione in merito alla natura e agli orizzonti della medicina. Nella mente del lettore si tracciano progressivamente due enunciazioni, due ideologie riconducibili a prospettive che si avvicinano in movimenti logici, ma reciprocamente inversi tra loro. Sono prospettive che si scontrano pur in assenza di un dialogo diretto o di significative battute di attacco e di risposta tra gli autori.

Posizioni che sembrano non volersi incontrare. Posizioni che rimangono parallele e separate proprio come si ritrova nella disposizione grafica degli articoli, dato il loro affiancamento di facciata.

Posti tra i margini di una pagina di un noto quotidiano¹, il filosofo e il medico propongono ciascuno per iscritto la propria tesi, sostenendola e difendendola di buona ragione.

Sono tesi che mantengono, nella loro sostanza, fedeltà a quei presupposti epistemici e disciplinari di appartenenza e che, con molta probabilità, sono state arricchite e corroborate dalle riflessioni e dalle esperienze portate avanti da entrambi gli scrittori sia sul piano professionale, sia in ambito di produzione scientifica ed accademica, tracciando percorsi più che autorevoli.

La medicina è servizio, scrive il filosofo Umberto Curi nel titolo di taglio nella pagina sinistra del quotidiano.

No, la medicina è una scienza, risponde con il proprio titolo, nella pagina a fianco posto sulla stessa riga, il medico nefrologo Giuseppe Remuzzi.

La simmetria editoriale nell'offrire un equilibrio armonico dato dall'ordinata corrispondenza degli incolonnamenti e dalle immagini riportate, si presenta come una

¹ Mi riferisco agli articoli comparsi sul Corriere della sera di domenica 24 giugno 2012 dai titoli: "la medicina è servizio" e "No, la medicina è scienza" firmati rispettivamente dal filosofo Umberto Curi e dal medico Giuseppe Remuzzi

figura retorica che conferisce già alla lettura dei titoli una immediata contrapposizione secondo il «gioco delle parti» che ben richiama lo schema dialettico tesi/antitesi.

La tesi sostenuta da Curi parte dall'analisi etimologica del termine greco *therapeía* che sta a significare, appunto, «servizio». La penna del filosofo ci ricorda che il «servitore» svolgeva la funzione di *therápon* e lo esplicita ripercorrendo alcuni passi dell'*Iliade* nei quali si narra che al servizio di Achille ci fossero gli attendenti Patroclo, Automedonte e Alcimo impegnati ad assistere il grande guerriero prestandogli ubbidienza e fedeltà. Patroclo, ci spiega Curi, è *therápon* di Achille non tanto perché compie delle azioni per lui, quanto, invece, perché lo ascolta e si pone in costante pensiero, preoccupandosi per l'amico. Ed è a questo punto che Curi afferma che: «la *therapeía* implica l'*obbedienza*. Non si può assolvere ai compiti previsti per il *therápon*, se non ponendosi totalmente al servizio del proprio «assistito» e dunque prestandogli *obbedienza*». Tale affermazione viene sostenuta ed ampliata quando si riferisce all'analisi del termine latino *cura* che il filosofo fa corrispondere alla parola greca *therápon*. Originariamente *cura* indicava quella disposizione interna affettiva di «sollecitudine», «premura» e «interesse» che un soggetto nutriva per qualcun altro, o per qualcosa. Avere cura, scrive Umberto Curi, significava «preoccuparsi», «stare in pensiero per..», senza necessariamente mettere in atto comportamenti e azioni concrete e definite.

Ricalcando le origini della tradizione culturale dell'Occidente e riferendosi all'analisi linguistico-etimologica, *obbedienza*, *interesse* e *preoccupazione* designano e connotano il significato della cura, facendo riferimento alla condizione soggettiva di colui che è al servizio, non tanto con la tecnica, ma soprattutto con la *mente* e con il *cuore*.

L'analisi dei termini già in uso nell'antichità, sottolinea quanto alla base della cura non vi sia tanto il richiamo alla messa in campo di atti e di azioni specifiche, quanto, invece, la presenza di un movimento interiore di «preoccupazione» che viene espressa nei confronti di colui che si dovrebbe assistere. Questo valeva fin dal principio per tutti i curatori, compresa la figura del medico.

È con il passare del tempo che il significato originario subisce una trasformazione in direzione di una progressiva ed eccedente tecnicizzazione. Nei secoli successivi, infatti, si assiste ad un passaggio della «cura» al medico che viene legittimato a svolgere il ruolo di *therápon*. In questo caso, continua Curi, all'amico e al familiare rimaneva la preoccupazione per il proprio caro, ma se si voleva «curarlo» bisognava

necessariamente ricorrere al medico. Con la professionalizzazione della cura si realizza quella scissione che separa e distanzia un complesso di pratiche e azioni concrete da quello affettivo, ed il *curare* da verbo intransitivo diventa un verbo transitivo, perdendo l'assunto originario di disposizione d'animo, di ubbidienza e di premura proprie del *therápon*. Ma non si tratta solo di un cambiamento linguistico.

Oggi il curare si riferisce alla pluralità e ad una complessità di gesti e di azioni che vengono fatti dai curanti nei confronti del proprio «oggetto» di cura: vale a dire la persona bisognosa designata come *soggetto-curato*. Il medico trasferisce la sua sollecitudine nelle pratiche concrete avvalendosi spesso di una neutralità sentimentale, frutto di quella scissione che lo legittima a non dover più obbedire al suo assistito. Al contrario, quanto più il medico svolge la sua funzione tecnica nella forma a-patica, continua nella sua tesi Umberto Curi, tanto più acquisterà valore per il fatto che riuscirà a proporre una cura secondo protocolli astratti e universali, efficaci per qualsiasi paziente, a prescindere dalle differenze individuali.

In questo capovolgimento semantico e prassico sarà il medico a chiedere alla persona di assoggettarsi ad una «cura» totalmente spersonalizzata che viene tradotta, ad esempio, nella somministrazione dei costituenti chimici di un farmaco la cui efficacia non è riconducibile ai sentimenti di premura, di coinvolgimento affettivo e di disposizioni personali «interne».

La cura viene misurata dal di «fuori» attraverso termini e nomenclature quantitative che accreditano la pluralità degli atti concreti e convalidati, ignorando sempre più le storie e le identità di ciascun assistito.

Umberto Curi nella parte conclusiva della sua tesi mette a riprova quanto la tecnica abbia progressivamente sostituito l'umanesimo costitutivo della cura, rimarcando come fin dalle origini fosse stata riconosciuta nella sua dimensione ontologica di *servizio*.

Come dicevo, nell'articolo della pagina a fianco, viene resa in termini antitetici, la posizione del medico Giuseppe Remuzzi. Cercare di contrapporre la tecnica alla premura è, nell'opinione del nefrologo, un «vecchio trucco» retorico, usato con molta probabilità per suscitare particolari effetti nel lettore, oscurando il mandato e i risultati della medicina contemporanea: oggi è possibile curare – e talvolta guarire – malattie che fino a poco tempo fa erano considerate senza speranza data la loro prognosi infausta.

Narrando il caso di Matteo, un giovane uomo colpito da una dissezione dell'aorta, Remuzzi dichiara, senza alcun giro di parole, come nel momento estremo di un'urgenza ciò di cui si ha realmente bisogno è la possibilità di avere una strumentazione adeguata e la presenza di medici esperti che sappiano intervenire tempestivamente per salvare la vita. Nessun riferimento, quindi, a quei moti e quegli stati d'animo che portano il curante a stare «in pensiero per il suo paziente». Questi, invece, vengono riconosciuti e lasciati legittimamente ai familiari.

Si delinea con Remuzzi un rapporto ammalato-medico con profili di tutt'altro contorno e prospettive rispetto alla tesi presentata da Umberto Curi.

Il fenomeno più che consueto che vede gli ammalati consultare il medico solo dopo essersi documentati, passando ore in Internet per recuperare informazioni sulla loro malattia, sulle terapie più moderne e sui centri migliori per il trattamento, rafforza l'antitesi di Remuzzi che vede che sia l'ammalato l'artefice vero del suo guarire, poiché la "preoccupazione" alberga in lui, e non tanto nel medico. Remuzzi, nel riferirsi agli studi per i quali, più un ammalato è informato della sua malattia, tanto più sarà facile curarlo, sottolinea come non sia affatto plausibile pensare alla cura secondo quella concezione unilaterale di obbedienza e preoccupazione che segue la direzione intransitiva secondo una concezione univoca e unilaterale, come quella delineata da Curi.

La cura, dunque, non può più limitarsi ad alludere allo stato d'animo del terapeuta verso il suo assistito, bensì diventa *téchne*, ovvero scelta e messa in atto della *pratica* giusta per cercare di salvare o, perlomeno quando non possibile, promuovere uno stato di maggior benessere nella persona.

L'antitesi qui analizzata, nel fondare il suo dipanarsi sull'evoluzione della medicina, in funzione anche delle più moderne scoperte (dalla genetica, alla biologia e alle neuroscienze), pone nuove riflessioni e orientamenti sull'esercizio della medicina.

Remuzzi, citando un articolo del New England Journal of Medicine, riconosce che il cambiamento debba andare più che mai verso la direzione del *dialogo* e della *comunicazione medico-assistito*, e denuncia come *all'università a parlare con gli ammalati non te lo insegna nessuno*. Un bravo medico, continua, "deve anche saper ascoltare per poi suggerire le soluzioni e i vantaggi e i rischi" in modo tale da valorizzare quel *patto medico-assistito* che deve essere sostenuto per promuovere *accordi* tra i due soggetti della cura che si trovano a camminare su un territorio comune. Questo non

significa lasciare tutta la scelta nelle mani all'assistito, piuttosto tentare di promuovere, semmai, spazi di autodeterminazione e di decisioni concordate. Tale principio viene esemplificato dall'analogia (seppur ritenuta dallo stesso irriverente) su ciò che accade in un salone di barbiere. Quasi mai, scrive Remuzzi, la decisione del taglio dei capelli viene delegata dal cliente al barbiere dicendo "faccia lei", poiché essa viene stabilita semmai secondo un accordo che prende in considerazione il desiderio del cliente e l'esperienza/capacità del barbiere. Questo, in sostanza, è quanto dovrebbe accadere anche nell'ambito della cura della salute: desiderio, aspirazione e bisogni da una parte, saperi, pratiche, disponibilità e competenza dell'altra; sono gli elementi principali per giungere ad un negoziato tra curato e curante.

La riflessione di Remuzzi relega perciò sullo sfondo le dimensioni affettive del lavoro di cura, senza però volerla disconoscere totalmente. Nell'ammettere che *una carezza aiuta a stare meglio*² egli constata immediatamente la fondatezza e la parzialità dell'affermazione, dal momento che essa *non può guarire*. Rifacendosi nuovamente a situazioni concrete, il medico ribadisce fortemente come, ad esempio, in caso di emorragia cerebrale ci sia bisogno prioritariamente di un neurochirurgo che sappia ben operare.

Sono le conoscenze, i saperi e le pratiche che giorno dopo giorno si diffondono nei contesti sanitari a rendere possibile la cura e, quanto più essi crescono nel tempo, tanto più promuovono anche forme di umanità che non si limitano a veicolare sentimenti di "preoccupazione" verso coloro che si è chiamati ad assistere.

Nella sua nota conclusiva Remuzzi sostiene l'inutilità della contrapposizione tra scienza e umanesimo, dal momento che lo studio sul funzionamento dell'uomo (ma anche su come è fatto nel corpo e nella mente) e la ricerca di come poter essere d'aiuto all'insorgere di problemi, richiamano pratiche e saperi che riconducono, sempre e comunque, ad un umanesimo.

Giunto al termine dei due articoli, il lettore con molta probabilità si sarà fatto una propria opinione che lo porta a schierarsi a favore di una prospettiva oppure ad abbracciare parte di entrambe, riconoscendone tratti di validità e di sintonia.

² Ramuzzi si riferisce al libro di Umberto Veronesi: *Una carezza per guarire. La nuova medicina tra scienza e coscienza*, Sperling & Kupfer, 2004

Il problema potrebbe sorgere qualora il lettore venisse chiamato a costituirsi arbitro, come accade in un processo giudiziario, per formulare un verdetto o una sentenza atta a decretare se la medicina sia *servizio* oppure *scienza*. In questo caso il lettore, come un magistrato, dovrebbe essere stato in grado non solo di raccogliere *nelle righe* dei due scritti, le prove e gli elementi portati rispettivamente dal filosofo e dal medico, ma avrebbe anche dovuto *andare oltre*, cercando *tra le righe* tracce di ciò che non è stato espresso. In più, avrebbe dovuto conoscere la costituzione, gli ordinamenti e i tanti codici sulla materia, prima di definire, in tutto o in parte, la controversia che gli è stata sottoposta. Continuando per metafora, Curi e Remuzzi avrebbero dovuto vestirsi dei panni di avvocati per difendere la posizione dei propri clienti (per l'uno la medicina-servizio, per l'altro la medicina-scienza) dimostrando la propria verità attraverso abilità retoriche e la confutazione di quanto sarebbe stato affermato dall'avversario, senza però introdurre nel processo false prove.

È risaputo come deliberare una sentenza non sia cosa semplice, essa deve essere motivata attraverso le ragioni che hanno indotto il giudice a prendere quella decisione, giustificandola. Inoltre la sentenza svolge solitamente una funzione decisoria, ponendo così fine al processo.

Stando al tema in analisi sarebbe alquanto improponibile poter giungere ad un giudizio definitivo e, con molta probabilità, non voleva essere l'intento degli autori. Il dibattito è stato tracciato per stimolare una riflessione e destare l'opinione cercando di muovere terreno in direzione di una visione dinamica e aperta su una questione – la natura della medicina - che spesso rimane latente non soltanto all'opinione pubblica.

Più che un processo giudiziario, il dialogo fra Curi e Remuzzi ha dato il via ad un interessante dibattito che si inserisce nel procedimento della cosiddetta triade dialettica (tesi, antitesi e sintesi) impiegata in campo filosofico per avviare una conoscenza critica su un campo specifico di analisi.

Il termine dialettica (dal greco *dialagein*, ossia dialogo) indica l'atto del discutere e del ragionare insieme per giungere alla conoscenza, e già Platone nella *Repubblica* la identifica come la filosofia stessa. Attraverso l'arte della dialettica si mette in luce il manifestarsi di un contenuto che il pensiero sta prendendo in considerazione, in un preciso istante, per poter accedere ad una maggiore e profonda conoscenza.

In tal caso la dialettica non si può riferire a proposizioni o giudizi dati a priori poiché essa “muove il conoscere dell’istante” facendolo confluire verso una *sintesi* che deriva dalla messa in relazione di due affermazioni tra di loro contrastanti. Come nel caso delle posizioni sopra esposte, il processo dialettico si compone di una *tesi* che propone una affermazione su un assunto specifico a cui corrisponde una *antitesi*, ovvero un’altra prospettiva del medesimo oggetto, ma opposta alla tesi per negarla e, dunque, contraddirla. Il processo non termina però qui. Il superamento di tale contrasto avviene nella *sintesi* che unifica i due opposti in una determinazione superiore.

Nella sintesi (dal greco *synthesis*, mettere assieme, unire, comporre) vengono combinati gli elementi tra loro contraddittori - dunque tesi e antitesi - attraverso un movimento della ragione (e/o dell’intelletto) che riconosce ad entrambi un valore peculiare. Nella sintesi vengono inclusi e miscelati i due elementi per cercare di superare le posizioni contrastanti e le fissità concettuali di partenza³.

Per poter giungere ad una sintesi a partire dagli assunti di Curi e Remuzzi, è necessario in primo luogo riconoscere ad entrambi una posizione di legittimità e successivamente constatare quanto ambedue le posizioni possano svilupparsi in una profonda relazione di reciprocità mettendosi in ascolto vicendevole. Fare sintesi, quindi comporta il considerare assieme sia le proprietà di ciascuna (servizio e scienza) sia le differenze che le costituiscono.

Grazie a questo dialogo l’identità della medicina potrà acquisire un volto più complesso e multiforme, integrando sia l’aspetto di servizio, sia quello di scienza e, così, la *therapeía* - o cura - sarà nello stesso momento considerata *movimento interiore di preoccupazione e*

³ Richiamando la filosofia di Hegel ogni sintesi non può essere considerata come definitiva; essa, infatti, si costituirebbe per la sua provvisorietà che si evince nel momento in cui la *sintesi* diventa *tesi* in un successivo processo conoscitivo, precludendo, in questo modo, il rischio di porre dei limiti alla conoscenza. Hegel come Platone identifica la dialettica con la filosofia, riconoscendola però come una logica nuova della ragione che si fonda sul principio della contraddizione (sacrificando il principio di non contraddizione) e trova il proprio fondamento sull’opposizione. In tal caso la conoscenza si realizzerebbe a partire da una opposizione (l’antitesi) di una tesi che viene superata, attraverso una determinazione superiore dalla sintesi. Se $A = A$ (principio di identità), deve esistere un non-A come suo limite e negazione. Ne deriva una sintesi che riconosce che tra A e non-A esiste un rapporto che li comprende entrambi in un più vasto e ricco complesso. Tipica è, a questo proposito, la triade dialettica di essere, non essere e divenire: il concetto di essere, infatti, implica quello di non essere, ma entrambi vengono superati nella loro sintesi, il divenire. La ragione può perciò riunificare e sintetizzare la posizione e la negazione, che sono solo momenti o astrazioni di una medesima realtà. La sintesi è una sorta di ritorno alla tesi, arricchito però dall’apporto dell’antitesi, nella quale è tolta l’opposizione tra il vero ed il suo divenire. Il processo dialettico è continuo, per cui la sintesi non è una soluzione definitiva, ma presuppone una successiva evoluzione, ponendosi come Bruno Mondadori, 2000.

*disponibilità al dialogo tra curato e curante ed espressione di una *téchne*, ovvero un insieme di pratiche sapientemente messe in campo da un *therápon* per migliorare la condizione di umana.*

Sarebbe perciò ingenuo continuare a considerare le due prospettive separatamente o ancor più antagoniste tra loro. Non meno ingenuo strenne ignorare le difficoltà che quest'operazione comporta, fingendo che i due momenti indicati possano semplicemente convivere e armonizzarsi.

Per questo, la sintesi sin qui abbozzata non può essere considerata come definitiva, ma presupporrà una successiva evoluzione, dal momento che potrebbe porsi come tesi di partenza di una successiva tensione antinomica. Nell'approfondire queste riflessioni lungo lo svolgersi di questo elaborato, cercheremo di vedere quali sviluppi prenderà la sintesi qui elaborata.

1.2. Quale scienza per la medicina?

Il medico Giorgio Cosmacini, uno tra i più autorevoli storici della medicina, nel 2008 pubblica il libro *La medicina non è una scienza*. Il titolo formulato a mo' di assioma, alla sola lettura sembra negare quanto è stato sostenuto da Giuseppe Remuzzi

In premessa al suo libro, scrive:

Sovente, sempre più sovente, si sente dire e ridire, dai mass media ma anche da molti fra gli addetti ai lavori (clinici, ricercatori, docenti) che la medicina è una scienza. Molto spesso non lo si dice neppure: lo si dà per scontato, per ovvio. Così non è: *la medicina non è una scienza*, è una pratica basata su scienze e che opera in un mondo di valori. È, in altri termini, una tecnica con un proprio sapere conoscitivo e valutativo, e che differisce dalle altre tecniche perché il suo oggetto è un soggetto: l'uomo⁴.

Il fatto che la medicina non venga considerata una scienza potrebbe destare in molti stupore e perplessità. Alcuni potrebbero, invece, nutrire sospetto o diffidenza per via di una affermazione che si oppone a quella consuetudine che annovera la medicina tra le scienze «esatte» come la matematica, la fisica e la chimica. Qualcun altro, addirittura, potrebbe sentirsi ingannato da una tale dichiarazione che si oppone e smonta quel valore supremo e «certo» tradizionalmente esplicitato, ma anche ambito, nel momento in cui si

⁴ G. Cosmacini, *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Raffaello Cortina, Milano, 2008 pag. IX

ricorre alla medicina per necessità, oppure quando la si prefigura come ancora di salvezza per un futuro, che si spera, tardi a venire.

Basta leggere qualche rubrica di un quotidiano o le pagine di alcune riviste specializzate, oppure seguire attentamente una delle tante trasmissioni televisive sul tema, per comprendere quanto sia frequente la richiesta di una medicina sempre vincente, onnisciente, all'altezza di tutto, proprio perché «scientifica». Via etere e tramite stampa, attraverso comunicazioni autorevoli e rassicuranti, si propaga l'idea di una medicina fondata esclusivamente sulle certezze, dove le malattie si curano e guariscono sempre, così come i corpi si riparano grazie alle ultime scoperte messe in campo «dalla scienza».

L'idea che la medicina abbia connotati scientifici, ovvero fondata su basi rigorosamente oggettive e universali, porta lettori e telespettatori a formulare pubblicamente domande «private» circa i loro dis-funzionamenti e le loro «malattie imbarazzanti»⁵, interpellando esperti che a turno, seduti su una poltrona davanti ai riflettori di uno studio televisivo o posti dietro allo schermo di una testata giornalistica, in nome della loro «dottrina», danno risposte oracolari. E quando qualcosa «va storto» - come nel caso di una mancata guarigione o addirittura di morte - con molta probabilità si tenderà ad assolvere la «scienza medica», facendo ricadere le responsabilità, o meglio la colpa, sul medico incurante o sulla generica malasana. Seppur a bassa voce, talvolta, si potrebbe attribuire anche una tale eventualità al destino; ma questa «debolezza», come ben sappiamo, non potrebbe mai essere dichiarata all'interno di uno studio televisivo!

Il senso comune chiede espressamente alla medicina di rivestirsi di un'armatura resistente, imbastita con protocolli analitici e solidi, ma al tempo stesso standardizzati e validi per tutti. Così schermata, la medicina verrà riconosciuta (o forse con-fusa) come una scienza rigorosa e forte, sicura delle proprie leggi, come lo sono la fisica, la chimica, la biologia e la matematica di cui si ricordano certi teoremi incontrovertibili appresi a scuola.

Ma a sostenere che *la medicina non sia una scienza* non è solo Cosmacini.

Molti sono gli studiosi che riferendosi all'epistemologia del pensiero scientifico, confermano quanto pubblicato dal noto storico italiano della medicina.

⁵ si cita a tal riguardo il format televisivo inglese "Malattie imbarazzanti" dove un gruppo di medici cura delle persone affette da malattie che procurano in loro un grande disagio fisico, malattie poco comuni, strane e soprattutto molto vistose. Le visite mediche, le diagnosi e la terapia sono ripresi dalle telecamere.

Giorgio Israel docente di Storia della matematica presso l'Università di Roma «La Sapienza» riscontra quanto la medicina non sia in possesso di quelle credenziali intrinseche tali da poter essere inserita tra le cosiddette «scienze esatte». Alla medicina, infatti, non è stato possibile - e mai lo sarà, avviare un completo processo di *riduzione* del suo oggetto di studio, vale a dire l'uomo - e con lui le donne, i bambini, gli anziani e la collettività - dal momento che ogni ammalato si presenta con la sua unicità e complessa peculiarità che lo rendono «irriducibile».

Nelle scienze cosiddette «esatte», invece, l'oggetto (solitamente un fenomeno inanimato) viene studiato, decifrato e schematizzato fino ad essere astratto e *ridotto* in leggi universali che una volta postulate come tali, difficilmente verranno violate.

La scienza moderna, ci ricorda Israel⁶, nasce e si sviluppa nel XVII sec. attorno ai problemi legati al moto dei corpi. Inizialmente essi sono stati studiati attraverso il metodo matematico che si pensava sostenesse il mondo, in riferimento alla metafisica di Galileo Galilei⁷. I metodi usati per lo studio della scienza del moto - oggi chiamata meccanica - furono poi applicati ai campi della fisica e della matematica, diventando, a loro volta, modelli da replicare per giungere ad ulteriori conoscenze oggettive. L'atto del conoscere non si poteva però compiere nella sua immediatezza, esso doveva necessariamente passare dalla *riduzione del fenomeno* osservato verso una struttura più semplice e sottostante, nella convinzione che la più semplice di tutte le strutture fosse il sapere della fisica con le sue leggi. Nel momento in cui il riduzionismo meccanicistico divenne il modello ideale di conoscenza, tutti i fenomeni analizzati vennero ricondotti ai loro processi di moto, in modo tale da poter ridurre l'intero sistema di conoscenza nella meccanica.

Il prestigio della fisica e della matematica si impose nel secolo successivo anche alle scienze umane. A partire dal '700 si tentò di conformare il modello newtoniano della conoscenza empirico-deduttiva alla sfera umana. Fin da subito venne constatata l'impossibilità di replicare quell'ordine e quell'armonia che sembravano ben reggere, invece, il mondo dei fenomeni inanimati. Una prima ipotesi attribuì all'uomo - data la sua ignoranza sulle leggi della natura, la causa del suo «disordine». Successivamente, nel tentativo di trovare le leggi alla base del comportamento mediante l'osservazione dei

⁶ Cfr. G. Israel, *Per una medicina umanistica*, Lindau, Torino, 2010

⁷ L'idea di Galileo Galilei si riferiva ad un mondo scritto in "lingua matematica" i cui caratteri costituenti sono le figure geometriche e le diverse forme algebriche.

fenomeni umani, si constatò quanto fosse difficile giungere ad una tale definizione rispetto, invece, alla facilità con cui vi si era pervenuti per la materia⁸. Nonostante tali risultati, il modello dalla fisica matematica non fu mai messo in discussione, mantenendo il suo prestigio per la costruzione della vera conoscenza.

In primo luogo alla biologia e successivamente alla medicina si cercò di applicare l'approccio concettuale delle scienze «esatte» al fine di poter ritrovare, nei loro specifici campi di azione, i corrispondenti postulati di oggettività⁹.

La nascita della medicina scientifica viene fatta risalire con lo sviluppo dell'anatomia patologica, sorta per identificare l'elemento originario alla base delle malattie¹⁰ e ricondurlo alle sue leggi universali. Claude Bernard, riconosciuto come il fondatore della medicina scientifica moderna, si ispirò al procedimento galileiano per perseguire tale intento.

A Bernard si deve la codificazione del *ragionamento sperimentale* in medicina (articolato nelle fasi dell'*osservazione empirica*, dell'*ipotesi* e dell'*esperienza*¹¹) e la formulazione del *principio del determinismo* ispirato al modello della fisica-matematica¹². Le sue ricerche portarono a considerare la malattia come un'alterazione *quantitativa* di uno stato che è, per l'appunto, lo stato di normalità¹³. Il riduzionismo meccanicistico accostandosi agli ambiti della medicina, sviluppò l'idea che le malattie, considerate difformità dei fenomeni normali, potevano essere riparate solo riportando i parametri alterati entro quei limiti che la fisiologia, dal canto suo, avrebbe stabilito «scientificamente».

Da Bernard in poi la prospettiva materialistica si rafforza a favore di una concezione che vede l'individuo assomigliare sempre più ad un sistema meccanico, contrassegnato da un insieme di parametri i cui valori, quando alterati, avrebbero definito lo stato di malattia.

⁸ op. cit. pag. 13

⁹ Un postulato è un principio la cui validità si ammette a priori, allo scopo di fornire la spiegazione di determinati concetti di costruire una teoria. Il postulato di oggettività avrebbe conferito alla Natura una descrizione univoca e vera aventi realtà indipendenti da qualsiasi soggetto.

¹⁰ Ancora non si era giunti alla scoperta dei fattori microbici da parte di Pasteur e Koch

¹¹ La prassi dello scienziato fondata sul ragionamento sperimentale avrebbe dovuto costituirsi delle seguenti fasi: 1) *osservazione* empirica dei tratti caratteristici di un fenomeno; 2) rappresentazione mediante una legge generale di un'*idea* o *ipotesi* nella mente del medico, la quale sostanzialmente coincide con la legge scientifica la cui verità deve essere verificata; 3) sulla base dell'*ipotesi* il medico ragiona, istituisce *esperienze*, ne immagina e ne realizza le condizioni materiali e verifica la validità dell'*ipotesi*; 4) le esperienze suggeriscono nuove osservazioni e permettono di identificare e isolare nuovi fenomeni da osservare. Seppur tutto nascerebbe dall'osservazione, una osservazione senza ipotesi sarebbe impotente.

¹² Bernard pone al centro della medicina la disciplina da lui denominata "fisiologia generale" sostenendo che il scientifico cui si deve ispirare è quello sperimentale basato su una rigida concezione deterministica dei fenomeni.

¹³ op. cit. pag. 25

Gli aspetti vitali vennero progressivamente misurati e categorizzati fino ad essere ridotti negli aspetti fisico-chimici elementari che assumevano valore di norma. A tal proposito è interessante notare come in medicina le alterazioni biologiche siano tutt'oggi accompagnate dai prefissi «iper» e «ipo» (ipotonico, ipertensione, iperplasia, ipotiroidismo, etc..) in riferimento ad un intervallo di valori che si discosta in eccesso o in difetto da un «parametro» ritenuto espressione di normalità.

Con la medicina scientifica la vita dell'uomo inizia ad essere considerata numericamente e le sue funzioni vitali vengono valutate come «molto» o «poco» rispetto ad una data regola, ma come vedremo ci sarà dell'altro: l'uomo diventa *homme machine*¹⁴.

A seconda della prospettiva scientifica di riferimento, l'uomo è stato visto come una macchina-meccanica, una macchina-termodinamica o addirittura una macchina-elettrica, in tutti i casi macchina in grado di autoregolarsi. La macchina umana poteva così risultare perfettamente funzionante – quando in equilibrio o in salute, oppure malfunzionante e guasta – se alterata o malata, fino ad essere «fuori uso» - con la morte. In questo grande disegno di *macchina mundi*, l'uomo diventa organismo suscettibile di misurazione, riparazione e in prospettiva sostituzione di parte avariate. Mariagrazia Contini¹⁵ ci ricorda che è nel 1748 la prima pubblicazione di *L'uomo macchina* scritto da Julien Offroy de La Mettrie. Filosofo francese e studioso di medicina, mentre era medico militare osservò su se stesso le conseguenze psichiche di una malattia cronica, riconducendo tutti i processi psichici a modificazioni ed eventi corporei. L'uomo sarebbe stato così un complesso e sofisticato meccanismo fisico-fisiologico che ingloba al suo interno anche l'anima. Per tali ragioni nessun soggetto poteva essere conosciuto “a priori” con procedimenti filosofici e tanto meno teologici, ma ciò sarebbe stato possibile solo attraverso ricerche rigorose di medici e fisici poiché privilegiavano l'esperienza e l'osservazione.

Nel proporre la *riduzione drastica* dell'uomo ad una macchina e alle sue leggi matematiche, la prospettiva meccanicistica si presenta oggi nella sua totale inconsistenza.

¹⁴ Cartesio non solo scrisse opere filosofiche, ma anche un'importante opera di fisiologia, *De Nomine*, pubblicata postuma alla sua morte di cui risente in maniera preponderante della sua filosofia. L'idea centrale del suo pensiero è che lo spirito e la materia costituiscono l'universo senza che vi sia collegamento fra le cose, pur localizzando l'anima nella ghiandola pineale del cervello umano. Il corpo dell'uomo è “una macchina costruita nelle mani di Dio, infinitamente superiore a qualsiasi macchina inventata dall'uomo”. L'uomo, pur essendo anch'esso una macchina, possiede uno spirito che agisce sul corpo. L'esistenza dello spirito è dimostrata nel pensiero cosciente. Tale concezione influenzò il progresso della medicina e della sua pratica, nella concezione diffusa che il corpo umano fosse un sofisticata macchina. Cfr. D. Guthrie, *Storia della medicina*, Feltrinelli, Milano, 1967, pag. 172-174, 189-190

¹⁵ cfr. M. Contini, *Figure di felicità. Orizzonti di senso*. La Nuova Italia, Firenze, 1988, pagg. 38-44

Giorgio Israel ne evidenzia l'infondatezza tracciando una comparazione che ci permette di confinare e differenziare senza alcun dubbio il sistema-macchina dal sistema-uomo¹⁶.

In termini puramente strutturali una macchina è un aggregato di elementi tra loro comunicanti, un oggetto la cui totalità è rappresentata dalla somma e interazione delle parti. In caso di rottura è possibile ripararla intervenendo con una semplice sostituzione di un elemento. Per tale ragione, prendendo spunto dall'analisi di Israel, una macchina dovrebbe essere considerata intrinsecamente «immortale» poiché non esiste in linea di principio, alcuna rottura che non possa essere riparata, salvo il caso estremo in cui venga disintegrata. Si può allora sostenere che la «morte» della macchina avviene nel momento in cui l'uomo decreta che essa non può più svolgere la funzione per cui è stata concepita. Tale principio, invece, non è affatto riscontrabile nell'uomo.

L'uomo è intrinsecamente «mortale» e la sua morte è depositata nel linguaggio di ogni singola cellula. Come ci ricorda Maurizio Fabbri, *non si muore perché incapaci di sopravvivere, ma in risposta ad un segnale dato*¹⁷. Per cui, continuando con Fabbri, ogni morte è *il frutto di precise interazioni fra la persona e l'ambiente, fra un gruppo di cellule e il resto della popolazione cellulare*¹⁸. La morte dell'uomo è difatti iscritta in lui e appartiene al suo «destino» condizionandolo plasmandolo fin dal suo concepimento per tutta la vita, proprio come una *scultrice*¹⁹. Per la macchina, invece la sua di finitudine non ne determina a priori né la struttura né il suo funzionamento.

L'uomo, in più, dal canto suo, è tutt'altro che un aggregato semplice di parti ed elementi tra loro sommati, in lui c'è sempre qualcosa che lo trascende. L'uomo è complessità allo «stato puro», è un'articolazione strutturale e funzionale di sistemi materiali e non, che pur distinti tra loro, sono profondamente interagenti e non alternabili. Supponendo per assurdo la possibilità di poter sostituire tutte le parti materiali dell'aggregato uomo, prendendo spunto da una ipotesi lanciata da Israel, (come d'altro canto accade con successo nel corso dei trapianti di tessuto umano) non sarebbe affatto garantito l'arresto di

¹⁶ cfr. pagg. 47-59

¹⁷ M. Fabbri, *Sponde. Pedagogia dei luoghi che scompaiono o che conducono lontano*, Clueb, Bologna, 2002, pag. 71

¹⁸ op. cit. pag. 72

¹⁹ dallo studio delle neuroscienze emerge come la morte di alcune cellule sia la condizione affinché altre possano perseguire il loro cammino, seguendo determinate strade piuttosto che altre. Da qui il concetto che la morte è scultrice perché senza di essa la vita sarebbe materia informe. Ameisen riferendosi all'embriogenesi constata come la morte cellulare a ondate successive tenda a scolpire le braccia, le gambe a partire dagli abbozzi di esse. Nell'embrione la morte cellulare crea lo spazio per la differenziazione dei vari tessuti scolpendo, ad esempio, le dita.

quel processo complessivo di decadimento che lo conduce inesorabilmente al suo stato di limite e di finitudine.

Continuando la comparazione dei due sistemi ad un livello disciplinare, mettendo a confronto le scienze «esatte» con la medicina, è possibile notare come l'esito della conoscenza di un oggetto inanimato (una macchina, appunto) sia tradotto in *leggi* universali, mentre tutto ciò che rimanda alla sfera dell'umano, viene ricondotto a delle *norme* alle quali è possibile eludere. Infatti, se osserviamo i fenomeni oggetto delle scienze esatte è possibile constatare come non esista in essi nulla che possa corrispondere alla fisiologia e alla patologia proprie del vivente. In fisica, ad esempio, i comportamenti dei corpi non contravverranno mai alle leggi a cui si ispirano e, in tal modo, nessun moto potrà essere considerato patologico.

In medicina accade invece il contrario: il corpo vivente non si adegua alla *norma* poiché è imprevedibile. Qualsiasi fenomeno umano, sia esso fisico, psichico o sociale può rientrare nella norma oppure discostarsi da essa. Nella cura medica ciò che rientra nella norma viene considerato fisiologico, mentre ciò che non vi rientra è detto patologico. Fisiologia e patologia compongono i lati della stessa medaglia e la possibilità che l'una si compia sull'altra è la medesima. Sappiamo però quanto la normalità in medicina (ma anche nelle scienze umane) non sia un concetto pienamente oggettivabile, pur essendo sostenuto da alcune basi oggettive. La *normalità* come fenomeno o stato, può essere osservata e dunque misurabile, ma la *normalità* come sentimento (*sentirsi o non sentirsi* nella norma) seppur valutabile, non potrà essere trasferita a formule di riduzione estrema. Le così dette *deviazioni* dalla norma si compiono all'interno di una vasta e frastagliata gamma di possibilità che si connettono ad una molteplicità di situazioni e di esiti che per una macchina sarebbe impensabile riscontrare. È sufficiente confrontare quanto i problemi di malfunzionamento elencati all'interno di un normale manuale d'uso di un elettrodomestico siano semplici e ridotti rispetto alle innumerabili patologie che vengono riportate in una enciclopedia medica.

Nelle persone, dunque, lo stato di normalità comprese le sue alterazioni, rappresentano il sunto che accolgono la combinazione di fattori complessi e interagenti tra di loro, i quali non potranno certamente rispondere alla semplificazione di tipo meccanico come accade, invece, per un elettrodomestico.

Prendendo in esame qualsiasi assunto matematico è dato per certo che col riproporsi delle medesime condizioni sia possibile constatare la riproducibilità di un dato fenomeno, come accade ad esempio per il teorema di Pitagora. Per quanto concerne la medicina, invece, i concetti di *normalità* (la fisiologia) – o la sua *alterazione* (la patologia), si collocano in modo fortemente fluttuante all'interno di una gamma di intervalli e di possibilità che rendono tali concetti *imprevedibili* e *variabili*. In un triangolo rettangolo il quadrato dell'ipotenusa sarà sempre e comunque equivalente dalla somma dei quadrati dei due cateti, indipendentemente dalle misure, dal luogo, dalla situazione in cui viene applicato tale teorema, per quanto concerne una malattia, le cose saranno decisamente diverse. Nell'infarto del miocardio, ad esempio l'evoluzione, le cause e i trattamenti non saranno mai gli stessi, poiché i fenomeni eziopatologici, i markers emodinamici e gli esiti degli interventi, così come i vissuti, le emozioni, i progetti personali e familiari varieranno da soggetto a soggetto.

Se per il signor Rossi di 74 anni, ad esempio, l'ostruzione della coronaria si manifesta con un dolore lancinante irradiato al braccio sinistro, per il Signor Verdi, anch'egli settantaquattrenne, idealmente con caratteristiche anagrafiche, culturali e biografiche simili a quelle di Rossi, la medesima occlusione sarà accompagnata da un dolore silente, avvertito come un lieve senso di pesantezza alla bocca dello stomaco. Tale differenza si riscontra anche nell'esito della necrosi del tessuto cardiaco che si rivela, per il primo massiccia e importante, per il secondo, invece, modesta e circoscritta, da cui ne derivano segni (come l'ipertensione e la tachicardia), indici enzimatici e modificazioni delle onde elettriche (rilevate tramite l'elettrocardiogramma) con valori altamente differenti. Il trattamento per l'uno potrebbe risolversi con la sola infusione di un fibrinolitico per via endovenosa, mentre per l'altro si dovrà ricorrere ad un intervento di angioplastica. Una simile variabilità la si ritrova ancor più quando si confrontano tutti quegli aspetti che non è possibile ricondurre agli indici numerici di laboratorio. Il sig. Rossi dal canto suo, vive uno stato di profonda angoscia non soltanto perché il dolore lancinante di tipo costrittivo al petto fa prefigurare in lui una sensazione di morte imminente, ma perché è stato trasportato in emergenza all'ospedale mentre si trovava al circolo ricreativo con gli amici ed è oltretutto in pensiero per la moglie che ignara di tutto, lo sta aspettando a casa per pranzare. Inoltre, il senso di inquietudine sale quando si accorge di essere stato ricoverato nella stessa stanza di terapia intensiva dove lo scorso anno il fratello, proprio per un

infarto del miocardio, è morto. Il sig. Verdi invece vive uno stato diverso per il fatto di avere al proprio fianco la moglie e la figlia che l'hanno accompagnato in ospedale per accertare quello «strano» dolore allo stomaco.

Storie, profili patogenetici, esiti e vissuti talmente opposti che come è ben possibile capire non consentono la riduzione dell'infarto del miocardio a proposizioni di teoremi inconfutabili e universali.

Queste considerazioni ci portano a sostenere quanto la *normalità* e la *patologia* non siano riconducibili a forme autonome e generalizzate di leggi da applicare ad un intero ordine di fatti, tanto più se si considera la lettura sociologica. La teoria funzionalista di Parson, infatti, definisce la malattia come tutto ciò che *rende incapaci di svolgere efficacemente i ruoli sociali*²⁰. Salute e malattia, normale e patologico non sono quindi da considerare come stati autonomi e svincolati dal sistema sociale in cui si manifestano. Dal momento che la misura di ogni fenomeno umano viene fatta sui termini di partecipazione alla vita produttiva, ne consegue che l'essere in uno stato di salute o di malattia ne condiziona la partecipazione al sistema sociale. Per Parson vi sarebbe così una equivalenza diretta fra salute e lavoro e fra malattia e incapacità di produrre. Se la salute assume valore poiché essa ne condiziona la vita, la malattia, invece, ne interferisce il normale svolgersi, ciò che viene considerato *norma* non può comprendere contemporaneamente salute e malattia, normale e patologico: vi dovrà esistere una netta separazione ideologica e istituzionale fra l'uno e l'altro. Sarà dunque il sistema culturale a identificare e ancor più a definire i comportamenti «normali» e coerenti ai valori della classe egemone, che sappiamo risentire delle ideologie, dei regolamenti e delle istituzioni sui cui reggono le strutture economico-sociali. Data la molteplicità dei sistemi che entrano in campo in ciascuna struttura sociale, ne consegue l'impossibilità di giungere a leggi incontrovertibili che anche in campo sociologico possono profilare una netta separazione tra normale e patologico.

Anche quando enunciate con precisione attraverso dichiarazioni soggettive del tipo «*per me normalità è...*», per delineare con puntualità i contorni ai fini della misura, è necessario tenere in considerazione quanto tale profilo sarà soggetto a modificazioni anche importanti, dato dalla storia del soggetto, dagli accadimenti sociali, familiari e personali, dalle scelte, dai progetti, dai sistemi di valore e via dicendo, che portano

²⁰ T. Parson, *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1965 pag. 438

inevitabile a rivedere e riformulare quanto è stato tracciato precedentemente come rappresentazione del «normale».

La medicina da sempre e per sempre, è alle prese con la costante imprevedibilità e mutevolezza umana che rendono impraticabile la riduzione del *fenomeno umano* sia esso fisiologico o patologico, ai suoi costituenti elementari.

Stando a questi presupposti allora nessun medico potrà dire con certezze «scientifiche» quale sarà, ad esempio, il decorso di una malattia. Le traiettorie umane, abbiamo visto, non seguono la via delle leggi universali che troviamo in natura.

I fenomeni dell'uomo riferibili, in questo caso, al suo *stare bene* e *stare male* non sono prevedibili e calcolabili, ma, come vedremo in seguito, data la loro precarietà e incertezza, potranno solo essere *possibili*.

Il medico allora nel riferirsi alle evidenze statistiche depositate per quella data patologia, come per l'infarto del miocardio di cui sopra, compirà pur sempre un tentativo nobile, che nel rivestirsi della sua scientificità, sarà comunque carico di tutta l'incertezza e l'incommensurabilità della natura umana. Per questo è mendace dare risposte nette, apodittiche, sempre rassicuranti e mai arricchite dal dubbio che potrebbe emergere da un dibattito critico, o ancor più derivante da un più sano e autentico atto di realtà e umiltà.

Negli studi televisivi così come nelle colonne della rubrica «il medico risponde» l'esperto di turno dovrebbe soddisfare le domande avvalendosi di espressioni non tanto formulate secondo il tempo indicativo, caratteristico proprio delle «indicazioni scientifiche» del tipo *l'olio galleggia*, quanto, invece, rispondere nella forma condizionale, che sappiamo nella lingua italiana rappresentare quella parte del discorso che indica le azioni i cui compimenti *dipendono* dal verificarsi di una *condizione*. In più, è consuetudine ricorrere ai verbi condizionali quando si vuole esprimere un'opinione o un giudizio facendo riferimento ad una forma attenuata, che in questi casi risulterebbe più che mai opportuna e doverosa. Perciò anziché frasi certe ed inconfutabili sarebbe utile che l'esperto facesse uso di quegli stili comunicativi che aprono alla possibilità, alle supposizioni o anche ai dubbi, come accade con la formulazione di frasi espresse secondo il tempo congiuntivo del tipo: penso che possa essere...può darsi che... non saprei esattamente da dove... ammettendo che....

In questo modo l'idea della medicina salvifica che cade dall'alto e che esula dalla vita

delle persone perché «scientifica», potrebbe progressivamente venire abbandonata, dal momento che, parafrasando Cosmacini, *la medicina non è una scienza*.

Ma se la medicina non può essere definita una «scienza esatta», derivante dalla constatazione che ciò di cui tratta non sono oggetti inanimati riconducibili ai loro codici universali, è doveroso domandarsi, allora, cosa essa sia.

Abbiamo letto da Cosmacini che la medicina è una *pratica basata su delle scienze* che si compie all'interno di un *mondo di valori*, aprendo così il discorso sul suo orientamento costitutivo prassico ed assiologico. Il fatto che la medicina sia un *sapere pratico basato sulle scienze* emerge dalla ricognizione dei rapporti che la medicina ha trattenuto sin dalle origini – e che tuttora intrattiene, con altre scienze.

Nella sua ricerca Giorgio Cosmacini²¹ descrive come fin dal rinascimento la medicina si sia arricchita del contributo di alcune scienze di base permettendo di raggiungere i risultati di cui oggi beneficiamo. E così, solo per fare qualche esempio, alla fisica si deve la scoperta dei raggi x e lo sviluppo della neuroradiologia, della radiologia vascolare e della medicina nucleare; alla chimica farmaceutica spetta «il passo decisivo per l'isolamento delle piante medicinali dei principi attivi depositari di vari effetti terapeutici²²», mentre alla biologia siamo debitori per gli sviluppi della microbiologia e della genetica. Oltre a queste tre scienze fondamentali, Cosmacini riconosce all'ecologia e all'economia un ruolo molto importante, soprattutto a partire dagli ultimi decenni. Per quanto riguarda l'ecologia, ad esempio, se in passato l'ambiente naturale era considerato del tutto estraneo all'influenza sulla salute umana, da qualche tempo si pone con drammatica urgenza il problema del danno umano all'ambiente.

La medicina come sapere pratico basato sulle scienze, deve essere sapientemente applicato ad un malato in carne ed ossa e non è sufficiente, quindi, conservarlo tra le righe di un protocollo o nella memoria del medico.

Hans-Gerorg Gadamer definisce la medicina come una singolare *unità di conoscenza* teorica e di sapere pratico e pur riconoscendone una coesione dei due elementi costituenti - teoria e pratica -, sostiene come non possa essere semplificata come mera applicazione della scienza alla prassi²³. La medicina, infatti non è una scienza applicata, come potrebbe esserlo ad esempio l'ingegneria, poiché le sue conoscenze non potranno mai essere

²¹ G. Cosmacini, op. cit.

²² op. cit. pag. 30

²³ H-G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano, 1994, pag. 47

imposte meccanicamente data l'imprevedibilità della condizione umana, di cui abbiamo visto precedentemente. Per tale ragione la medicina come *sapere per curare* citando Maria Teresa Russo²⁴, può esprimersi solamente nell'atto concreto della cura, o nel suo tentativo di cura, e non altrove. La medicina, quindi, non si può ritrovare tra le righe di un testo o nelle parole unidirezionali e propagandistiche del medico.

Ma ancor prima di essere applicata, essa deve essere interpretata, poiché stando alla definizione di Ivan Cavicchi²⁵, la medicina si presenta come una *accurata miscela di conoscenze scientifiche e di interpretazioni soggettive del medico*, trovando la sua collocazione nella capacità di ogni singolo *therápon* di applicare il sistema di conoscenze dato e certo - il sapere scientifico - nella singolarità e particolarità di ciascuna persona.

Preso atto che la medicina non è una «scienza esatta» e nemmeno può essere ricondotta alle sue scienze di base e/o alle tecniche generate da esse, terminiamo con l'analogia di Ivan Cavicchi che la raffigura come un *porto* in grado di accogliere tutte le opportunità che la scienza le offre²⁶.

Il porto, sappiamo, è solito raffigurare un luogo a cui è associata sia l'idea di traffico movimentato, ma è anche simbolo di "arrivo" e di sosta delle navi, e continuando con la metafora sulla medicina, esse vi attraccano per compiere le operazioni di sbarco o imbarco di tutti i quei saperi che possono essere al servizio della cura delle persone. E in questo porto, specifica Cavicchi la medicina è anche la *nave delle navi, un'opportunità delle opportunità*²⁷, di cui cercheremo di coglierne i tratti lungo il procedere del presente lavoro.

1.3. Quale servizio per l'arte della cura?

Nonostante i limiti e le critiche poste alla concezione oggettivistica, è opportuno riconoscerle alcuni meriti, soprattutto tenendo conto delle irrinunciabili conquiste raggiunte dalla medicina, confermate da uno stato di salute collettivo radicalmente migliorato negli ultimi decenni. Ma l'approvazione di questi meriti non può spingersi al punto tale da far perdere alla medicina (e come vedremo in seguito anche a tutte le

²⁴ M.T. Russo, *La ferita di Chirone*, Vita e Pensiero, Milano, 2006, pag. 9

²⁵ I. Cavicchi, *Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004

²⁶ Cavicchi, op. cit. pag. 38

²⁷ ibidem

scienze che si occupano della cura della salute) il cardine su cui fonda il suo *a priori*: *curare le persone perché si sentono malate* e non soltanto perché riconosciute tali sulla base di protocolli che si pretendono scientifici.

L'essere malati precede a livello di esperienza, di cronologia e di sentimenti l'aver una malattia. Il malato, infatti, viene a conoscenza della sua malattia quando in un preciso istante del suo vivere «non si sente bene», anche se talvolta può accadere il contrario, nel caso in cui un'indagine strumentale routinaria evidenzia delle alterazioni che potrebbero anticipare un possibile stare male e un futuro orizzonte di sofferenza. Il *sentirsi male* avviene nell'istante esatto in cui ci si percepisce e si fa esperienza di *mal-essere* spesso dato dall'incapacità fisica o psicologica di svolgere un lavoro, una vita di relazione o di mantenere una sana armonia con sé stessi.

Come ci ricorda lo storico della medicina Bernardino Fantini²⁸ l'avvento della medicina ha permesso di determinare le cause dei tanti *malesseri* in modelli esplicativi concettuali chiamati «malattie». Esse cominciano a esistere solo quando vengono percepite come tali, ovvero quando hanno acquisito un nome e hanno provocato una determinata risposta da parte del malato o del medico che le cura. Le malattie diventano come enti concettuali che non derivano più immediatamente da una esperienza diretta, ma sorgono da una elaborazione che ha raggruppato le «tante esperienze soggettive» in categorie oggettive.

Come ha constatato Mirko D. Grmek²⁹ la visione sempre più miope della medicina verificatasi nel corso degli ultimi secoli ha portato a sottostimare la condizione del *sentirsi malato*, a cui corrisponde quella dichiarazione soggettiva dell'essere *malato* che anticipa ogni forma diagnostica. L'attenzione alla persona è stata orientata prevalentemente alla sua condizione morbosa e al suo *essere un malato*, il cui riconoscimento viene delegato al «giudizio esperto» del medico, dell'infermiere, del fisioterapista e di qualsiasi altro operatore designato, ma anche familiare o Istituzione, con cui il soggetto-malato entra in relazione.

Si diventa malati, di conseguenza, non tanto per un'esperienza e un vissuto personale, quanto invece per un'attribuzione esterna, una sentenza pubblica, autorevole - talvolta anche autoritaria, che regola, ordina e interpreta un insieme di segni, di sintomi e di sindromi verso categorie nosografiche e diagnostiche di malattia. Tutto ciò muta e

²⁸ cfr. B. Fantini, *L'evoluzione delle metafore dominanti nella storia della medicina*, in "Di cosa parliamo quando parliamo di medicina", D. Minerva, G. Sturloni, (a cura di), Codice Edizioni, Torino, 2007

²⁹ M.D. Grmek, *La vita, le malattie e la loro storia*, Di Renzo, Roma, 1998

stravolge sostanzialmente la condizione di partenza: non si è più malati, ma si *ha* una malattia.

Quando la cura medica rimane *al-di-quà* delle sole nomenclature e delle leggi proposte dalle scienze di base, senza guardare *al-di-là* del corpo malato compreso nella sua oggettività, ci troviamo di fronte ad una medicina incompleta, parziale e dimezzata. Se i mezzi della cura sanitaria (le pratiche, le biotecnologie, i processi, gli interventi e via dicendo) rimangono distanziati dal soggetto-persona - di cui è constato essere il suo fine, significa che la medicina non è in grado di portare avanti il suo mandato originario.

Lo scopo della scienza e della tecnica, in medicina, è sempre la persona umana ci ricorda Giorgio Cosmacini. *Senza “l'altra metà” finalistica, umanologica, indispensabile per completare la sua identità, la medicina non è se stessa. Perché la medicina non è una scienza. Essa è di più³⁰.*

Ed è precisamente su quell'essere *qualcosa in più* che andrebbero ri-orientati gli sforzi per cercare di comprendere quali elementi transitano nello spazio che divide - ma anche unisce - la medicina come scienza e la medicina come servizio, a cui siamo giunti come sintesi all'inizio del presente lavoro.

Riuscire a leggere qualcosa che va al di sopra di ciò che si manifesta nei contesti sanitari, spesso con tacita ovvietà, è una sfida che dovrebbe essere colta. Per tale ragione è opportuno procedere sollecitando, ogni tanto, alcune domande non solo per aver risposte, quanto, invece, per avviare moti di riflessione individuali e collettivi.

Al *servizio* di cosa deve essere messo il *sapere scientifico* degli operatori che attuano la cura sanitaria? (e in questo caso non ci si vuole riferire solo alla figura del medico)

Quali *funzioni* è possibile svolgere indossando un camice o una divisa?

Quanti *significati* si celano nell'atto del tagliare un corpo riposto sopra ad un tavolo operatorio o nell'introdurre e spingere un gastroscopio nel corpo di un giovane ragazzo?

Cercheremo di riflettere a partire da tali quesiti, intrecciando gli aspetti costitutivi della medicina che si ritrovano nella sua storicità.

La medicina a partire da colui che è riconosciuto come il suo fondatore laico, cioè Ippocrate, è stata definita come *téchne iatrike*, ovvero come arte della cura nata per opporsi al caso, al disordine e all'improvvisazione che fino a quel periodo reggeva sulla sorte degli ammalati.

³⁰ op. cit. pag. 103

La *téchne* nel mondo greco non era però considerata come semplice abilità pratica, quanto invece un *saper fare* sostenuto da una sapienza razionale che avrebbe orientato sia le azioni da compiere, sia le motivazioni che sostenevano tale pratica³¹. Su questi presupposti l'*ars curandi*, come successivamente verrà definita, non si propone come sterile applicazione di metodi e tecniche concernenti una pratica medica, ma come esercizio espressivo dell'uomo che si pone al servizio di altri uomini, per cercare di risolvere in primo luogo i problemi di cui essi lamentano e, secondariamente, cercare di allontanare il più possibile il dolore e la morte.

Come tutte le forme di arti figurative (pittura, scultura, architettura) anche l'arte della cura richiedeva – come tutt'ora - talenti creativi, originalità e personalità, ma non potevano essere esclusivi. La *téchne iatrike* doveva essere ricondotta a pratiche specifiche sostenute da un sapere rigoroso che insieme l'avrebbero orientata e contestualizzata.

È nel V. sec. a.C. che l'arte medica inizia ad avvalersi di un proprio metodo, di una propria epistemologia e di una visione specifica dell'uomo e del mondo, oltre ad avere una maggiore chiarezza delle sue finalità. Questo lo si deve certamente a Ippocrate.

Il *metodo clinico* diventa la metodologia al letto del malato che guida il medico nella sua prassi, il quale attinge i suoi saperi oltre che dall'esperienza, da una epistemologia fondata sulla *teoria somato-psichica* dei quattro umori – sangue, flegma, bile, atrabile – armonizzati ai quattro temperamenti - sanguigno, flemmatico, biliare, melanconico - ed elaborati da quattro organi fondamentali - cuore, cervello, fegato, milza.

Con Ippocrate l'ordine morale della medicina viene ricondotto al principio di beneficiabilità delle cure, mentre la concezione generale dell'uomo e del mondo si ritrova nella corrispondenza peculiare tra la cosmologia degli elementi, la gnoseologia delle qualità elementari (caldo, secco, freddo, umido), la climatologia delle stagioni e la fisiologia delle età evolutive³².

Distinta dalla religione e dalla filosofia, la medicina ippocratica si connota come sapere laico e razionale prendendo le distanze dalle concezioni e dalle pratiche fondate, fin dalla comparsa dell'uomo, da un orientamento prevalentemente metafisico e superstizioso³³.

³¹ cfr. M.T. Russo, op. cit.

³² G. Cosmacini, *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. IX-X.

³³ Fin dalle origini l'uomo è stato curato mescolando prevalentemente pratiche derivanti da credenze religiose, ritualità ed esercizi di magia, superstizioni, in relazione alla credenza che la malattia fosse un castigo divino, mentre la salute veniva considerata un dono per la buona condotta umana. Il medico,

Dagli amuleti della medicina popolare, passando dall'interpretazione dei sogni negli asclepiei³⁴, si arriva con Ippocrate all'identificazione di un metodo rigoroso che attraverso la raccolta di indizi (ciò che verrà chiamata in seguito semeiotica), un procedimento per “prova ed errori” ed un'osservazione “clinica”, consentirà al medico di formulare una *spiegazione causale (eziologia e diagnosi), una prognosi e una conseguente terapia* data un'ampia gamma di interventi possibili per curare le malattie.

Con Ippocrate la *téchne* nei suoi aspetti pratici e riflessivi, viene raccolta, narrata e verificata in forma scritta, definendone le regole principali, molte delle quali verranno raccolte, anche in opere postume, delle quali si ricorda il famoso *Corpus Hippocraticum*³⁵.

Nonostante una netta presa di distanza da tutto ciò che non fosse *téchne*, Ippocrate estrinsecò la sua concezione di medicina sia sul rapporto *duale* medico-paziente che doveva essere inteso come un'*alleanza* sorta per contrastare il male, sia sul rapporto *plurale* che il medico era chiamato a tenere, oltre che con il paziente, anche con l'ambiente e la comunità³⁶.

La *téchne* ippocratica si presentava così connotata di una propria filosofia seppur senza precise enunciazioni in merito.

Quattro secoli dopo Ippocrate, Galeno con il suo celebre aforisma *Quod optimum optimum sit quoque philosophu* (perché l'ottimo medico sia anche filosofo) rimarcò, invece, lo stretto rapporto che doveva sussistere tra *téchne iatrike*, da un lato, e *philosophia* dall'altro³⁷. Come ci spiega Di Bernardo³⁸ tale aforisma ha mantenuto per intero il suo valore sia nel Medioevo, dove il medico veniva considerato come un “fisico-

discendente dai sacerdoti, appariva come uno specialista mediatore dei segni e dei sintomi indicatori di un male identificato, di cui il malato è portatore.

³⁴ Nella tradizione dell'antica Grecia si narra che Esculapio compì guarigioni miracolose, facendolo divenire deo della medicina e venerato in templi detti asclepiei. Era consuetudine mandare gli ammalati in questi templi per il rito di “incubazione” o sonno nel tempio. Si narra che al suo arrivo, il paziente fosse tenuto a rendere un sacrificio e a purificarsi con un bagno, poi si sdraiava per dormire nell'*abaton* che era un lungo colonnato aperto da entrambi i lati. Durante la notte, Esculapio gli compariva in sogno dando consigli oppure, in certi casi, praticando un intervento chirurgico; al mattino, il paziente se ne andava, guarito dal suo male.

³⁵ L'analisi delle fonti ha constatato quanto il *Corpus Hippocraticum* non possa essere considerato il risultato dell'opera di un autore, o di un gruppo ristretto di autori ben identificabili. Esso costituisce, piuttosto, il risultato di una complessa opera di raccolta, assemblaggio, selezione e manipolazione di singoli trattati o di *clusters* di testi, che ha avuto verisimilmente inizio nel III secolo a.C. nella grande biblioteca di Alessandria e si è poi protratta per secoli. .

³⁶ Cfr. G. Cosmacini, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 2011

³⁷ D. Lippi, *Storia della medicina*, Clueb, Bologna, 2002

³⁸ Cfr. Di Bernardo M., *Le nuove scoperte e il nuovo contesto della ricerca bio-medica*, in *Etica & Politica*, rivista di Filosofia, Edizioni Universitarie di Trieste, XIII, 2011, 2, pp. 11-41

filosofo”, che nel Rinascimento, dove il suo sapere ed il suo agire erano inseriti armonicamente in una *philosophia naturalium rerum* all’interno della quale la “filosofia della natura” era comprensiva della natura umana e il “microcosmo” dell’uomo era in sintonia con il “macroantropo” dell’universo³⁹.

L’antico aforisma di Galeno *nullus medicus nisi philosophus* (non si è medico se non si è filosofo) ci fa capire quanto il medico, come detentore dell’ars curandi, in quanto preposto a curare l’uomo, doveva avere nozioni di filosofia, considerata la suprema forma di conoscenza.

Tecnica ed *antropologia* si profilano, fin dall’origine della medicina ippocratica, come un tutt’uno e diventano un patrimonio indivisibile del mestiere di medico.

Seppur non espressamente formulato attraverso specifiche proposizioni filosofiche, il nucleo di un tale *unicum* lo si può ricavare dalle indicazioni che si ritrovano nei diversi scritti della medicina ippocratica, in riferimento soprattutto al comportamento che il medico doveva tenere durante l’esercizio della sua *téchne*. E così, l’ispezione del malato sarebbe dovuta avvenire tramite uno sguardo di *simpatia*; la rilevazione del calore febbrile tramite il contatto fisico nel tocco della fronte; la presa del polso, per rilevare il numero dei battiti cardiaci, con la stretta di mano; l’auscultazione diretta, ponendo l’orecchio a contatto con il petto del malato, la raccolta dell’anamnesi con l’ascolto del racconto, e dunque del vissuto del malato, la formulazione della prognosi con la risposta alla speranza⁴⁰.

Tutto ciò che veniva espresso attraverso il *gesto*, la *gestualità* e il *comportamento* del medico nei confronti del suo assistito, non si fermava mai solo all’atto del suo compiersi, ma andava ben oltre. L’uomo, la donna e il bambino venivano considerati nella situazione complessiva della loro vita, sollecitando il *therápon* a considerare le conseguenze che il suo agire poteva provocare a breve o a lungo termine sul paziente.

Il curante ha imparato a rapportarsi all’uomo-curato nella sua *interezza*, senza che questa fosse divisa a metà fra *realtà fisiopatologia*, destinataria di conoscenza oggettiva e di prassi terapeutica e *realtà esistenziale*, destinataria di comprensione intersoggettiva e di prassi simpatetica. Le due realtà erano inscindibili nell’ambito di una antropologia curativa nella quale trovavano ospitalità sia la malattia oggettivata sia il malessere

³⁹ op. cit. pag. 14

⁴⁰ Cosamcini, op. cit.

soggettivo, sia l'affezione del corpo e l'afflizione dell'animo, la disarmonia umorale dell'organismo con il sconcerto d'umore dell'ammalato.

La cura medica si costituisce secondo una concezione *olistica* (*holos* dal gr. «tutto intero») che orienta l'atto medico alla ricerca del bene e della giustizia al servizio della persona, fondata su una alleanza tra curato e curante che doveva essere volta al rispetto, oltre, naturalmente alla messa in atto di capacità pratiche e di saperi specifici di cura.

Fin dal suo originarsi si può identificare la presenza di una triplice tensione morale della medicina come pratica al servizio dell'uomo e agita ai fine della *giustizia*, del *fare il bene* e del *rispetto del prossimo*.

Anche oggi la decisione di fare il medico, così come per le altre professioni di cura sanitarie e non, dovrebbe implicare sempre un certo grado di tensione morale su queste tre linee di forza (giustizia, fare il bene e rispetto), poiché come scrivono Satolli e Cosmacini in *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*, in assenza di questa spinta sarebbe ben difficile giustificare una scelta che non si può reggere solo sul desiderio (in sé legittimo) di ottenere un vantaggio personale⁴¹.

La cura medica porta in sé la nozione di servizio la cui potenzialità viene espressa nella relazione curativa tra curante e curato, nella quale il curato è soggetto-in-relazione-con il curante (e i propri familiari), i quali si trovano a *con-vivere insieme* all'interno di un territorio che è quello della cura sanitaria.

Questa forma di servizio, che non ha nulla a che vedere con le forme di lavoro alle dipendenze di altri, si dovrebbe stabilire nei movimenti di *corrispondenza*, di *conferma* o *con-formazione* in cui curante e curato si co-adattano e si sintonizzano tra loro, cercando di promuoversi anche nella loro dimensione umana e progettuale. Medico e paziente, ci ricorda Gadamer, sono innanzitutto persone e non due ruoli, e il loro scambio non si può limitare ai soli problemi legati allo stato di salute come accade invece durante l'esposizione dei sintomi in un esame obiettivo, in occasione della comunicazione della diagnosi, o in corso di prescrizione terapeutica o nella formulazione della prognosi⁴².

Nella cura medica come abbiamo visto, c'è un qualche *cosa in più* che si deve ricercare in ogni sua manifestazione pratica e riflessiva. A tal riguardo andranno certamente ad acquistare valore anche gli aspetti descrittivi che tendono a connotare e definire la medicina sul piano semantico.

⁴¹G. Cosmacini, R. Satolli, *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*, Roma-Bari, Laterza, 2003, pag. 48

⁴² cfr. Gadamer, op. cit. pag. 50

L'*ars curandi* che oggi viene espressa nelle corsie o negli ambulatori di un ospedale, ad esempio, non può essere nominata semplicemente come mera pratica al servizio sull'uomo, ciò sarebbe alquanto riduttivo. Il suo significato, tenuto conto degli elementi fin qui esposti, dovrebbe essere raccolto e anticipato dalle preposizioni «per» e «con» che ne specificano l'orientamento. La cura è infatti una *téchne al servizio per l'uomo e con l'uomo*, dove tutte le condizioni di soggettività che vi entrano in campo acquistano valore e dignità. In questo modo, anche il *sentirsi malato* di ciascuno verrà riconosciuto al pari grado dell'*essere un malato*, allo stesso modo il *sentirsi curante* avrà il medesimo valore e potere dell'accezione sociale dell'essere designato come un *therápon* (medico, tecnico di radiologia, ostetrica, etc..). Questa prospettiva può garantire quell'*unicum* che fonda le sue radici nella *téchne iatrike* di ippocratica memoria.

Il servizio che caratterizza l'arte della cura si esprime nell'incontro di due soggetti curante-curato da cui scaturisce una presa in carico del primo sul secondo. Presa coscienza del suo essere in un momento di particolare vulnerabilità (classificato da altri come malattia), il curato chiede di essere accolto nel suo limite, nella sua debolezza e nella pienezza dei suoi sentimenti, seppur talvolta contraddittori. La cura che si esprime sarà certamente al servizio dei bisogni immediati specie se di natura fisica, ma vorrà essere tesa all'ascolto di tutti quei desideri e quelle speranze che trovano spazio nei panorami interiori di ciascuno - e non nel loro corpo - in una tensione di progettualità. Ma di tutto questo ne parleremo più avanti.

1.4. Curando tra le ombre: elogio dell'incertezza e dell'umiltà

Nel 1992 Richard Smith direttore del British Medical Journal apre un suo editoriale⁴³ con la seguente citazione: «*Even the wisest of doctors are relying on scientific truths the errors of which will be recognised within a few years time*»⁴⁴ di Marcel Proust.

Tale riferimento è stato usato come pretesto per poter esporre, senza alcun giro di parole, la constatazione di quanto le basi scientifiche della medicina contemporanea siano

⁴³ R. Smith, *The ethic of ignorance*, Journal of medical ethics, 1992, 18, 117-118, 134

⁴⁴ Nello scritto di Richard Smith non vi è alcun riferimento alla fonte bibliografica della citazione, per tale ragione si lascia nella versione originale quanto riportato nell'articolo, riportando in nota un verso corrispettivo (ma non il medesimo) tradotto in italiano tratto da "Ricerche del tempo perduto" di Marcel Proust:

Essendo la medicina un compendio degli errori successivi e contraddittori dei medici, appellandosi ai migliori di essi si hanno ottime probabilità d'implorare una verità che sarà riconosciuta falsa qualche anno dopo

tutt'altro che forti e sicure. Per fare questo Smith si è avvalso della considerazione, scritta più di cento anni fa dal noto autore francese, che esprime con convinzione quanto, in ambito medico, le conoscenze tacciate di «verità» in un dato momento storico, sarebbero state negli anni successivi considerate erranee. Proust stando anche alla sua condizione di malato cronico che ne influenzò la vita e le opere, ha posto lo sguardo e proferito parole sulle *inesattezze della medicina* e sulla contraddittorietà dei medici.

Smith dall'alto della sua funzione⁴⁵ denuncia apertamente quel *lato debole* insito nello statuto della medicina, di cui si trovano tracce lungo il suo profilarsi nel tempo.

Senza fare ricerche particolareggiate all'interno dei tanti manuali di storia della medicina, è sufficiente oggi chiedere ad un adulto di età compresa tra i 40 e i 50 anni se da bambino abbia o meno subito l'asportazione delle tonsille. Negli anni 60 e 70 del secolo appena trascorso la tonsillectomia era entrata nell'immaginario collettivo non solo popolare, ma anche scientifico, come un intervento necessario e fondato per poter curare i disturbi di molti bambini. Oggi, le evidenze scientifiche e le nuove tecniche, mettono in luce proprio il contrario. Lo stesso dicasi, ad esempio, per le modalità con cui venivano trattate le semplici ferite cutanee: era prassi più che usuale ricorrere ad una nota polvere cicatrizzante che veniva applicata per accelerarne il processo di guarigione. Sia che ci si trovasse all'interno di uno spoglio ambulatorio di un pronto soccorso ospedaliero o di fronte ad un sontuoso banco di una antica farmacia, ma anche tra le mura della propria abitazione, dopo aver aperto la recondita valigia del primo soccorso diligentemente custodita, il medicamento veniva applicato in ragione degli allora studi di efficacia.

Sono queste le testimonianze e gli esempi che ci fanno comprendere quanto il livello di precarietà della medicina sia tutt'altro che una mera teoria.

Riprendendo l'analisi del suo editoriale, Richard Smith auspica che si possa giungere quanto prima alla messa in discussione di quel concetto generalizzato - che potrebbe essere assunto a mo' di stereotipo - che considera la ricerca medica come «la forma più scientifica» di indagine per poter debellare ogni forma di malattia. Un quadro realistico

⁴⁵Il British Medical Journal, in sigla BMJ, è una rivista medica pubblicata con cadenza settimanale nel Regno Unito dalla British Medical Association (BMA). L'editor attuale, Fiona Godlee, ha coperto questa carica nel febbraio 2005, succedendo al precedente editor-in-chief Richard Smith. Il BMJ si distingue dalle altre riviste mediche e accademiche in quanto svolge anche il ruolo di pubblicazione *interna* della British Medical Association, oltre a quello di pubblicazione per la ricerca medica avanzata. Esso pubblica news, articoli di ricerca, articoli educativi, necrologi, rassegne, fillers, aneddoti e storie di carriera degne di attenzione. Viene generalmente considerato come una delle quattro riviste mediche più autorevoli, insieme a New England Journal of Medicine, The Lancet e Journal of the American Medical Association.

della medicina, risultante dalla giustapposizione delle sue potenzialità e dei suoi limiti, consentirebbe di generare aspettative certamente più appropriate circa le possibilità della stessa, sia a livello di opinione pubblica, che di comunità scientifico-professionale. In tal caso le attese e le richieste che vengono fatte alla medicina diventerebbero meno pretenziose.

Abbiamo visto in precedenza, invece, quanto sia diffusa la tendenza, ma forse ancor più la richiesta, che ad ogni malessere debba inevitabilmente corrispondere una soluzione - quella giusta naturalmente - attribuendo sempre più alla medicina una deriva onnipotente e utopistica per la sconfitta delle malattie e, forse, ancor di più della morte. Ma purtroppo, non è così.

Nonostante i tanti traguardi raggiunti dalla medicina molti medici sanno bene che di fronte alla gestione di casi come la sclerosi multipla, la malattia d'Alzheimer, le metastasi neoplastiche o nelle forme di colite ulcerosa, si può fare ben poco.

Il *profilo debole* della medicina che ne deriva nonostante le sue basi scientifiche, è per Smith un dato di fatto, ma non solo. In un'ottica propositiva ed evolutiva della cura sanitaria, tale profilo potrebbe diventare un'opportunità per muovere le coscienze verso le restrizioni, le possibilità e gli impegni della medicina attuale. Pertanto i *limiti conoscitivi* che si riscontrano in ambito sanitario potrebbero diventare il punto di partenza da cui avviare le nuove ricerche per indagare, approfondire e completare ciò che si ha veramente bisogno di conoscere. Ma non solo. La presa di coscienza di una mancata forza delle nozioni mediche e sanitarie, dovrebbe fungere da monito affinché chi vi opera, indipendentemente dal profilo professionale di appartenenza, possa analizzare e valutare la qualità delle conoscenze su cui fonda la propria pratica. Spesso, però, tale presupposto non viene perseguito, dal momento in cui la cultura dominante tende a celebrare i trionfi della medicina, esaltandone una potenza assoluta e illimitata. E questo è sicuramente un punto di debolezza.

Ci si sta adagiando sempre più sull'idea che la medicina e le sue molteplici espressioni di cura (dalla chirurgia, alla farmacologia, all'assistenza specialistica ed intensiva e alle biotecnologie) siano in grado di risolvere ogni forma di alterazione patologica, cercando di mettere ai margini qualsiasi espressione di sofferenza. Ma ancor di più, non potendo anelare al prodigio miracoloso dell'immortalità, ci si aspetta che la medicina sappia,

almeno, prolungare la vita al di là di qualsiasi aspettativa. E così si corre al pronto soccorso e ci si rivolge al medico per ogni nonnulla.

A fomentare il fenomeno oramai più che diffuso di un ricorso inappropriato alle consultazioni sanitarie, sono i risultati strepitosi in ambito di ricerca ottenuti negli ultimi decenni dalla medicina.

Le numerose sperimentazioni cliniche hanno fornito le basi affinché un numero sempre crescente di individui possa guarire da malattie considerate fino a qualche anno fa incurabili e, contemporaneamente, modificare il decorso di molte malattie croniche.

Chi esercita una professione sanitaria da almeno 20 anni, si sarà reso conto dei tanti cambiamenti avvenuti, non soltanto per via dei nuovi apparecchi e delle procedure sempre più sofisticate, ma anche per quanto riguarda il decorso di alcune malattie.

Il medico di un reparto di Terapia Intensiva Cardiologica, ad esempio, si sarà certamente accorto della consistente riduzione della mortalità per infarto del miocardio; l'infermiere del reparto di ematologia, invece, avrà notato come per certe forme di leucemie e di linfomi si possa guarire completamente rispetto al passato; così come per certe forme di tumore.

Se in passato la frattura del collo del femore faceva presagire un esito infausto quasi certo, per via delle numerose complicanze che l'anziano poteva incontrare, oggi per i fisioterapisti di un Istituto ortopedico, non è più così.

L'insieme di questi traguardi ha fatto crescere a dismisura il numero delle aspettative nei confronti di una medicina che si manifesta più che onnipotente, sviluppando un senso di frustrazione quando il decorso non segue quei percorsi fausti e propizi che conquistano il favore di un pubblico sempre più vasto. Allora è frequente che ci si possa sentire ancor più impotenti, e stretti da un sentimento di ingiustizia e di risentimento, quando non si entra a far parte di quel «popolo eletto» al quale è stato garantito un prolungato tempo di benessere.

Si vivono momenti di profonda esclusione con un vissuto di violazione delle proprie aspirazioni, nel momento in cui viene diagnosticata una malattia che certamente si voleva evitare, oppure quando una procedura o un intervento si complicano al di fuori di qualsiasi nefasta previsione. Ancor più, ci si sente tagliati fuori quando, a differenza delle aspettative e degli indici statistici favorevoli che si leggono tra i numerosi forum in rete,

la propria malattia stenta a guarire e così si continua a stare male, talvolta così male, che si preannuncia l'avvento prossimo della morte a chiudere la propria esistenza.

Seppur non intenzionalmente, l'attuale medicina diffonde alcuni germi pericolosi che trovano il loro focolaio in un senso di onnipotenza latente nelle sue scienze esatte che fondano la disciplina, portandola a sfidare, talvolta con fare audace e impavido, i limiti naturali del vivere umano. In questi casi la medicina pare voglia promettere a tutti noi «la luna».

Malattia, inabilità, dolore, sofferenza, perdita e morte sembrano non fare più parte della nostra cultura e realtà; e semmai si dovessero presentare, devono con tutti i mezzi essere contrastate.

Ad alimentare questa tendenza si inseriscono anche gli slogan propagandistici coniatati dai mass media e dalla Istituzioni Sanitarie nei loro diversi livelli di responsabilità e di impegno politico-sociale. Prendiamo ad esempio in esame il motto della Conferenza di Alma Ata del 1978 «Salute per tutti nel 2000» promosso e sostenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Mosso certamente da assunti inestimabili di uguaglianza, equità e giustizia sociale, lo slogan pur nella sua massima benevolenza, si presentava già alle prime battute come un concetto retoricamente falsato e utopistico, soprattutto nel volerlo rendere attuativo per l'intero pianeta.

Fraasi del genere creano nell'immaginario collettivo l'idea che le scienze mediche, pur insieme ai mezzi tecnici e alle risorse economiche, possano garantire, in maniera illimitata ai quasi 7 miliardi di persone che popolano il pianeta terra, lo stesso standard di salute, pur conoscendo già in partenza quanto dare «il tutto a tutti» rappresenti una meta non raggiungibile.

Nella conferenza di Alma Ata si stabilì che la chiave per raggiungere questo traguardo - la *salute per tutti* - come parte di uno sviluppo più generale per l'intera umanità, dovesse essere la proposta della *Primary Health Care*⁴⁶. Essa avrebbe dovuto garantire un'assistenza essenziale alla salute, resa universalmente accessibile agli individui e alle

⁴⁶ In italiano sistema delle *cure primarie*, esprimono l'insieme delle politiche, delle funzioni e dei servizi di assistenza primaria riguardante le attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte all'intera comunità. Le cure primarie favoriscono l'integrazione tra il settore sanitario e sociale per attività di promozione alla salute. Mantengono una forte integrazione con i presidi ospedalieri interni alle ASL e i servizi sociali di competenza del Comune. Garantiscono: Assistenza ambulatoriale; Servizi consultoriali; Servizi di prevenzione e cura della tossicodipendenza; Servizi per anziani e disabili, Servizi di assistenza domiciliare integrata; Servizi per patologie come HIV e cure palliative.

famiglie nelle loro comunità, attraverso interventi di educazione alla salute rivolti ai problemi sanitari prevalenti.

Con la Conferenza di Alma Ata il *focus* delle cure viene spostato sul principio più che esemplare della valorizzazione e del potenziamento del *bene-salute*, mettendo in secondo piano la storica lotta della medicina contro il *male-malattia*. Con lo sviluppo della *Primary Health Care* si è andata a rafforzare la posizione della medicina preventiva che ha spostato l'attenzione dalla persona malata all'individuo sano, i cui interventi non sono stati orientati al solo potenziamento del livello di salute possibile (avendo come indicatore la riduzione e/o l'assenza delle malattie), ma ad una sempre migliore qualità di vita.

Le aspettative nei confronti della salute si sono progressivamente modificate fino ad arrivare ai giorni nostri, al paradosso che tutto ciò che apparentemente non genera benessere, (la scarsità di risorse economiche, la standardizzazione o riduzione a certi modelli di status, lo stato di profonda infelicità), rischia di essere interpretato come malattia e il suo superamento diventa un diritto.

Il passaggio dalla medicina della cura, sorta per alleviare la sofferenza, alla medicina dei *desideri*⁴⁷ nata per conseguire le esigenze dei singoli individui, è stato inesorabilmente rapido e inatteso.

Oggi assistiamo ad una richiesta più che accentuata di pratiche medico-chirurgiche di natura estetica e ad un ricorso sempre crescente di interventi dietetici finalizzati al bisogno profondo di apparire, più che al miglioramento dello stato di salute. In più, sono aumentate le richieste di modificazioni del sesso, fino a giungere alla ricerca di un figlio a tutti i costi, anche ben oltre i limiti imposti dal normale orologio biologico. Tutte queste richieste hanno ovviamente costi sproporzionati non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sul piano della sofferenza dovute alle procedure desiderate.

La medicina apparentemente sembra aver accantonato la malattia dell'uomo e la sua fragilità per dare peso alla forza, al potere e al buon funzionamento del vivere. Ne consegue che le persone riversano un'enorme e inesauribile aspettativa nei confronti dei propri medici o, più precisamente, nella medicina avvertita come una sorta di divinità onnipotente, superiore ad ogni possibilità di errore. Quando qualcosa esula dalle aspettative, come a volte accade, spesso si genera un conflitto tra soggetto e istituzione sanitaria; conflitto che per essere risolto, talvolta richiede l'intervento di un giudice.

⁴⁷ Il concetto di medicina dei desideri è stata proposta dal prof. Pagni, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici

Nel corso degli ultimi 15 anni circa, si è assistito ad un aumento della richiesta di controllo giurisdizionale sulla medicina, sono incrementati i procedimenti penali a carico dei medici, anche relativi a reati perseguibili a querela e, contemporaneamente, sono aumentati i giudizi civili per il risarcimento dei danni. Quanto al controllo penale, esso è amplificato dai mezzi di comunicazione i quali, collocandosi in questo solco, tengono a trarre da singoli episodi di colpa medica un'enfasi generalizzata della cosiddetta "malasanità"⁴⁸.

Gli elementi di problematicità brevemente elencati inducono a pensare agli interventi necessari a ri-configurare i contorni e le rappresentazioni della medicina e delle cure sanitarie.

Un antidoto da poter mettere in campo nei confronti dei tanti atteggiamenti di onnipotenza, lo si può ricondurre ad un «equilibrato senso del limite» e del «dubbio culturale» che deve essere attribuito alla medicina da parte di tutti i suoi fruitori: curanti e non. Ciò potrebbe avvenire a partire, ad esempio, dal Dirigente di un Servizio Sanitario nel momento in cui con coraggio esprime le proprie incertezze e preoccupazioni, oppure quando il Primario di una Unità Operativa ospedaliera dichiara di aver bisogno dei pareri dai suoi collaboratori, ma anche quando un Medico di Medicina Generale trova la forza di rispondere con un autentico e ricettivo «*non so*» alla domanda di un suo assistito. Lo stesso vale, dall'altra parte, nel momento in cui i pazienti smettono di considerare come «oro colato» quella prognosi sentenziata dal medico con tono ispirato da presuntuosa infallibilità.

In altre parole, significa dover mettere in campo un'*etica dell'ignoranza*, come ha scritto Smith nel suo editoriale, per diffondere nei contesti di cura l'ammissione dei limiti della conoscenza medica che seppur approfondita e in perenne evoluzione, non potrà mai raggiungere una comprensione puntuale della complessità delle cure sanitarie.

“La medicina è la scienza dell'incertezza e l'arte della probabilità”, scrisse William Osler, un illustre clinico della seconda metà del 1800. La storia della medicina come abbiamo già accennato, narra di acquisizioni che sembravano un tempo definitive e che, invece, sono state messe in soffitta, ma ancor più, racconta verità che si ritenevano provate e che poi, sono state tramutate in errori. In medicina, dunque, le certezze sono sempre in divenire.

⁴⁸ Cfr. *Tra scienza e diritto: caccia al colpevole?*, Janus, rivista di Scienza, etica e cultura, nr 4, 2011

Chi pratica l'*ars curandi* deve fare continuamente i conti con un perenne stato di incertezza ed un fisiologico disagio decisionale. In questo caso, il chirurgo, così come l'ostetrica, per esempio, quando chiamati a compiere una scelta (fare o no una determinata manovra), si troveranno a sostare in un bivio da cui prendono il via almeno due itinerari che, indipendentemente dalla direzione scelta, comporteranno, inesorabilmente, una condizione di *rischio*. Sostare nel crocevia delle cure per cercare di fronteggiare il rischio che ne consegue, significa considerare il *dubbio decisionale* come parametro costitutivo dell'intelletto che sta alla base della ricerca di un sapere più approfondito e che si intende conforme al «vero».

Attualmente la pratica sanitaria è caratterizzata dal fenomeno sempre più crescente della *rapidità delle scelte* (dall'accettazione alla dimissione il curante deve saper prendere una decisione «certa») e della *brevità delle degenze* che viene annoverata dai dirigenti delle ASL come un parametro di efficienza qualificante. Dentro ad una tale cornice, tutto ciò che si presenta come *sano dubbio* rischia di essere letto come un «imperdonabile lusso mentale non gradito»⁴⁹ da parte di chi, invece, punta l'attenzione sui parametri della produttività sanitaria. In questo modo il dubbio decisionale, viene considerato come aspetto -negativo, piuttosto che parametro virtuoso della *téchne iatrike* contemporanea. A sollevare tale problematica è stato Bruno Domenichelli cardiologo e direttore scientifico della rivista Cardiology Science, che ha messo in risalto come la tendenza dell'Evidence Based Medicine (EBM) introduca la pratica medica entro schemi codificati di protocolli e di «certezze», - spesso solo provvisorie - che portano i medici a corrispondere a rigide schematizzazioni decisionali. Il limite di tutto ciò, si trova quando il processo deliberativo non viene accompagnato da istanze dubbiose o da possibili prefigurazioni di rischio, lasciando la mente del curante aperta solo a quei tratti essenziali, incontrovertibili e assoluti ricondotti nei manuali. Sappiamo, invece, come gli esiti tutt'altro che definitivi e, ancor più, il timore di sbagliare generi dubbi più che salutari che se accolti e ben gestiti consentono, anche in ambito sanitario, di limitare l'errore. Nonostante le presunte certezze che l'EBM sembra proporre, ogni professionista dovrebbe fare ricorso al sano atteggiamento del dubbio che trova riscontro nella metodologia clinica che, a differenza delle evidenze pubblicate nelle diverse riviste, porta ad esplorare ogni angolo incerto della

⁴⁹B. Domenichelli, *Elogio del dubbio. Il dubbio come parametro virtuoso in medicina*, Cardiology Science, vol 3. Settembre–ottobre, 2005, pp. 215-217

pratica sanitaria connotando la relazione curante e curato su esiti che possono fondarsi anche su circostanze puramente fortuite.

Il dubbio che precede, segue o accompagna il transito della *via delle cure* si presenta, paradossalmente, come una posizione intellettuale necessaria per orientare e ri-calibrare positivamente le scelte dei diversi professionisti. Il dubbio decisionale diventa così punto essenziale per promuovere collegialità di decisione e approccio interdisciplinare, sollecitando il ricorso a riconsiderazioni periodiche delle situazioni sulle quali non vi è sicurezza.

La percezione dei limiti di ogni conoscenza porta il medico a perseguire un dovere professionale che punta ad un atteggiamento di umiltà, come dice Domenichelli, che non deve confinarsi nella rinuncia alla razionalità scientifica, ma come *consapevolezza orgogliosa della difficoltà di decidere il meglio per ogni malato di fronte alla molteplicità delle scelte*⁵⁰.

Un sano atteggiamento di dubbio dovrebbe, dunque, precedere ogni atto sanitario.

Ogni curante deve avere il coraggio di ammettere che la medicina si configura ancor oggi come «scienza del probabile», poiché l'incertezza è l'orizzonte connaturale alla decisione clinica.

L'etica della cura deve sostenere gli operatori tutti, indipendentemente dal profilo professionale, a perseguire quell'obbligo morale del mettere in dubbio, in ogni istante, l'adeguatezza del proprio livello culturale per poter garantire un continuo aggiornamento professionale e un indispensabile confronto con altri operatori. Per questo il dubbio va inteso come parametro virtuoso di valutazione e di procedere, data la consapevolezza della vastità dei limiti che si riscontrano nella conoscenza.

Curare significa, in questo modo, accettare di camminare tra le ombre dell'incertezza e del dubbio dal momento che nei contesti sanitari, nulla si ripete mai all'identico modo. Ogni evento della cura si svela nel suo *unicum* avendo a che fare con il vivere di ciascuna persona, che sappiamo non avere uguali o simili.

L'accettazione dell'incerto potrebbe allora divenire anche virtù esistenziale - e non soltanto professionale, nel momento in cui il curante, mosso alla conquista di forme sempre più definite e sicure di cura, si troverà a fare i conti con fenomeni singolari, unici

⁵⁰B. Domenichelli, op. cit.

e mai dati che si connotano nella loro irripetibilità portandolo, in potenza, a formulare domande inerenti all'uomo e alla sua esistenza.

1.5. Co-ordinare tante teste e tante opinioni: *le cure basate sulle evidenze*

È frequente osservare come una stessa patologia possa essere curata dai medici e trattata dai diversi operatori sanitari con forme e modalità diverse, talvolta anche contrastanti. Ancora oggi, infatti, la probabilità che un malato riceva un intervento sanitario efficace dipende fortemente sia dalla singola realtà ospedaliera in cui viene ricoverato, sia dalla soggettività dei professionisti che incontra, piuttosto che dalle reali condizioni di salute che manifesta.

Senza aprire lo scenario sui problemi di salute emergenti, le cui forme sperimentali di trattamento tra loro diversificate risentono non soltanto della corrente di pensiero dei singoli ricercatori, ma anche quote di finanziamento disponibili, è necessario porre una riflessione sulla *disomogeneità* con cui vengono tutt'oggi curate alcune patologie di cui si hanno sufficienti conoscenze circa le loro cause e prognosi. Numerose sono infatti le convinzioni, le teorie e le posizioni che guidano la pratica clinica, che se non dichiarate, valutate e coordinate possono generare stili di cura ed esiti tutt'altro che uniformi.

Un simile fenomeno, ad esempio, lo possono testimoniare quelle madri che, davanti al cancello della scuola, si trovano a confrontarsi sugli orientamenti dei pediatri dei loro figli, circa l'approccio utilizzato per il trattamento di una semplice influenza stagionale. Alcune madri, infatti, racconteranno di un pediatra «tradizionalista» che con fare interventista, scrupoloso - e forse per usanza, è dedito a prescrivere, anche telefonicamente, l'antibiotico per contrastare un episodio febbrile; altre, invece, narreranno di un pediatra «naturalista e alternativo» che sicuro dei danni iatrogeni degli antibiotici e lontano da ogni logica commerciale in favore delle case farmaceutiche, tratta la sindrome influenzale solo ed esclusivamente con cure crioterapiche, rimedi omeopatici e, al massimo, con farmaci antipiretici. Come è facile immaginare, questa antinomia di pensiero e ancor più di trattamento, oltre a produrre esiti prognostici e livelli di salute differenti nei bambini, genera non poco sconcerto e perplessità tra le madri che rischiano di sviluppare sentimenti di diffidenza nei confronti del pediatra del proprio figlio, a partire, proprio, dalla cura di una semplice influenza.

Il modo di cercare, trovare, classificare e curare le malattie da sempre è stato differenziato da operatore a operatore, da luogo a luogo e da epoca a epoca.

Pur restando nei contesti occidentali contemporanei, dove le cure sanitarie appartengono a gruppi professionali che abbiamo visto fondano il loro status su rigorose conoscenze scientifiche, l'*ars curandi* si rivela spesso come una pratica proteiforme esercitata in un contesto singolare e individuale tra soggetti, le cui necessità non sempre sono riconducibili e confinabili all'interno degli orientamenti disciplinari, sociali e politico-economici.

È la stessa soggettività del singolo medico - come d'altro canto di una dietista o di un logopedista, che pone esso fuori da quelle condizioni di «giudice obiettivo degli eventi», che invece si pensa di incontrare nel corso di una visita.

Le credenze, le opinioni e i vissuti soggettivi dei singoli operatori, orientano, seppur inconsapevolmente, la pratica di cura e, con essa, i possibili esiti sullo stato di salute dell'assistito.

La relazione operatore-assistito diviene un elemento determinante della *variabilità del giudizio* e dell'azione clinica portando a propositi diversi che confluiscono nella messa in campo di una molteplicità di posizioni e direzioni differenti, suscettibili anche a repentine modificazioni. Allora, non c'è da stupirsi se all'interno della medesima Sala Parto, ad esempio, nei confronti della stessa donna troviamo un ginecologo intenzionato ad accelerare il travaglio di parto (e quindi propenso ad infondere l'ossitocina per dilatare il collo dell'utero), mentre il collega, constatando con la sua valutazione l'inutilità dell'intervento è orientato a rispettare i tempi della fisiologia, mettendosi in attesa che l'evento nascita compia il suo naturale decorso.

La stupefacente variabilità di approcci con cui viene orientata quotidianamente la pratica sanitaria risente certamente di una molteplicità di fattori: si considerino ad esempio le conoscenze acquisite nel corso della formazione ricevuta e le variegate esperienze con cui il singolo operatore si confronta lungo il corso del proprio esercizio professionale, non ultime alle tradizioni, alle abitudini e alle direttive del servizio in cui si trova a operare.

È stato osservato come la stragrande maggioranza delle informazioni che un medico possiede risalgano agli studi universitari e ai libri di testo utilizzati in quel periodo⁵¹. Altre conoscenze provengono, invece, dalle riviste scientifiche consultate dopo l'acquisizione

⁵¹ L. Carra, *Curare secondo prove: luci e ombre della evidence based medicine*, in "Di cosa parliamo quando parliamo di medicina", D. Minerva, G. Sturloni, (a cura di), Codice Edizioni, Torino, 2007

del titolo di studio e ancor più dalle esperienze personali cliniche, arricchite dallo scambio intellettuale con i propri colleghi. Per quanto concerne la prescrizione dei farmaci, invece, una proporzione rilevante di informazioni deriva dalla massiccia propaganda degli informatori scientifici delle aziende farmaceutiche⁵² che spesso vediamo sostare nelle sale di attesa del medico di medicina generale.

Il sapere che orienta gli operatori nella loro pratica potrebbe così essere considerato desueto poiché deriva da conoscenze ormai superate o da consuetudini non basate su evidenze scientifiche, o ancor peggio, essere condizionato da interessi commerciali che non sempre corrispondono ai reali bisogni di salute.

Ogni giorno, in migliaia di laboratori sparsi in tutti il mondo, i ricercatori contribuiscono al progresso delle scienze mediche indagando sui meccanismi alla base delle malattie e sull'azione terapeutica di nuove molecole farmacologiche. Contemporaneamente, le industrie che si occupano di biotecnologie mettono continuamente a punto nuove apparecchiature e presidi per la diagnosi, il trattamento e l'assistenza delle persone malate. Data la vastità di queste scoperte, è stato calcolato come la quantità di nuova informazione prodotta in campo sanitario tenda a raddoppiare in media ogni cinque anni⁵³. Tuttavia, non tutti i risultati vengono interiorizzati tra i comportamenti e le azioni della pratica sanitaria. Affinché gli esiti della ricerca possano fattivamente incidere sulla salute delle persone, è necessario sviluppare strategie complesse di implementazione⁵⁴ per far sentire i professionisti protagonisti e convinti dei cambiamenti proposti. Solo così l'informazione che deriva dai laboratori scientifici può trasformarsi in ipotesi di lavoro e, dunque, in strumento operativo di cura.

Dal momento in cui i cittadini ricorrono al Servizio Sanitario Nazionale per ricevere le migliori prestazioni medico-assistenziali possibili, in risposta ad un loro problema di salute concreto, occorre che i molteplici trattamenti di cura siano esplicitati al fine di renderli confrontabili e verificabili, in modo da garantire un'assistenza il più possibile «trasparente», uniforme e qualificata per tutti.

⁵² *ibidem*

⁵³ G. Pomponio, A. Calosso, *EBM e metodologia della ricerca per le professioni sanitarie*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2005, pag. 10

⁵⁴ Per implementazione si intende la messa in atto di tecniche e strategie finalizzate a migliorare il trasferimento dei dati della ricerca nella pratica clinica, assistenziale e organizzativa. Questo processo è uno dei cardini attorno ai quali sono impostati i progetti di miglioramento della qualità in ogni sistema sanitario.

Per limitare l'eterogeneità dei comportamenti clinico-assistenziali tutti gli operatori appartenenti ai diversi profili professionali sanitari, sono chiamati ad aderire alle *raccomandazioni* che vengono esplicitate nelle *linee guida*, *nei protocolli* e *nelle procedure* prodotte da istituzioni o associazioni professionali al fine di facilitare la scelta delle informazioni ritenute affidabili nel guidare il professionista nel corso delle pratiche assistenziali.

Le raccomandazioni considerate veicoli di *standardizzazione* forniscono indicazioni tracciate da esperti su aspetti concernenti gli esami diagnostici, le terapie e i trattamenti per la gestione di una determinata malattia. Le indicazioni comportamentali che vengono descritte presentano spesso un carattere multidisciplinare e sono redatte a partire da un processo sistematico di analisi delle migliori evidenze disponibili.

Sulla base dell'efficienza e delle prove riscontrate, le cure vengono così uniformate secondo norme e modelli di riferimento considerati ottimali, assicurando a tutti coloro che beneficiano del Servizio Sanitario, un livello omogeneo e paritario di qualità delle prestazioni rese.

I processi e gli strumenti della standardizzazione non dovrebbero però ridurre la prassi ad una routine indifferenziata, mettendo ai margini la soggettività della persona che si assiste; essi, invece, si propongono di migliorare l'efficacia della gestione delle situazioni cliniche e, contemporaneamente, di diminuire la variabilità dei comportamenti nel rispetto della singola persona, portando a compimento il principio che sta alla base dell'*Evidence Based Medicine (EBM)*.

Fu Archibald Cochrane, epidemiologo scozzese che negli anni Settanta del secolo scorso volle confermare sperimentalmente l'utilità delle cure mediche facendo riferimento esclusivamente a studi critici per ripulire la sanità dalle cure inutili, inefficaci, costose e spesso dannose. L'impegno di Cochrane fu quello di mettere in discussione le pratiche che venivano offerte secondo principi casuali, soggettivi e sviluppate da criteri puramente empirici. Egli intendeva promuovere, invece, una *medicina critica* ed efficace, libera da interessi economici e politici. Dal vertice di questa prospettiva la medicina avrebbe dovuto garantire a tutti i cittadini soltanto gli interventi sanitari di documentata efficacia.

La medicina basata sulle evidenze, definita per la prima volta da David Sackett come il *coscienzioso esplicito e avveduto utilizzo delle migliori evidenze correnti per prendere*

*decisioni sull'assistenza ai singoli pazienti*⁵⁵, si propone come un approccio metodologico per migliorare il processo decisionale in sanità, avvicinando i professionisti alle prove di efficacia prodotte dalla ricerca clinica.

I medici e gli operatori sanitari hanno il dovere morale di interrogarsi criticamente sulle prove a *favore* e *contro* l'uso di qualsiasi terapia e intervento per il *bene* dell'assistito; bene, che si esplica in primo luogo nella garanzia del rispetto della vita e della sua dignità di persona, oltre che nella tutela e nella cura dello stato di salute. Attraverso i principi della solidarietà, della giustizia e dell'equità, le cure vengono assicurate a tutte le persone senza discriminazioni di età di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale e di ideologia, in modo tale da essere messe al servizio delle esigenze e del bene della collettività.

L'opera dei professionisti sanitari trova quindi la sua sintesi nell'interesse degli assistiti che viene agito facendo riferimento ai canoni della deontologia ippocratica, che ricordiamo sono stati espressi nei principi della *beneficialità* e della *non maleficità*. Su queste indicazioni le cure devono essere ricercate e attuate in norme di comportamento che si fondano sullo stato di *sicurezza* per l'interesse primario di ciascuna persona..

Curare in sicurezza significa tentare di mettere in campo un insieme complesso di strategie sia esse riflessive, pratiche e relazionali, espresse con cautela al fine di evitare evenienze spiacevoli che potrebbero rivelarsi anche dannose per la salute della persona⁵⁶.

Il richiamo a tale assunto si trova, più o meno implicitamente, in tutti i principi etici delle professioni sanitarie.

A mo' di esempio si riporta quanto scritto nell'art. 20 del Codice Deontologico del Fisioterapista e nell'art 1.4 del Codice dell'Ostetrica/o:

Il Fisioterapista opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza della persona assistita; contribuisce, con gli altri professionisti sanitari, alla prevenzione ed alla gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, la segnalazione e la valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.

⁵⁵ G. Pomponio, A. Calosso, *op. cit.* pag. 13

⁵⁶ I danni derivanti da un'attività di cura vengono definiti *iatrogeni*. Accanto agli effetti benefici della maggior parte dei trattamenti sanitari, si trovano anche un numero non sottovalutabile di patologie, complicanze ed effetti collaterali conseguenti a trattamenti sanitari. Nonostante lo sviluppo della medicina abbia permesso, a partire dal ventesimo secolo, di ridurre la mortalità iatrogena (dovuta prevalentemente all'assenza di precauzioni igieniche), ancor oggi si parla di malattie iatrogene le cui cause sono da attribuire prevalentemente a: 1. errori degli operatori; 2. negligenza o procedure difettose; 3. interazioni tra i farmaci prescritti ed effetti collaterali; 4. infezioni ospedaliere; 4. trattamenti non testati.

Il Fisioterapista deve rispettare e fare applicare le norme in materia di sicurezza ambientale e sul lavoro, proprie e nei confronti della persona assistita.⁵⁷

Nell'esercizio dell'attività professionale l'ostetrica/o si attiene alle conoscenze scientifiche e agisce nel rispetto dei principi fondamentali della qualità dell'assistenza e delle disposizioni normative che regolano le funzioni di sua competenza, al fine di assicurare l'appropriatezza, l'equità e la sicurezza delle cure⁵⁸.

Curare in sicurezza implica l'adesione ad un complesso integrato e polivalente di condizioni che tentano di ridurre il più possibile i pericoli e gli eventi avversi che si succedono in sanità. La gestione delle conoscenze, delle pratiche, ma anche degli stili comunicativo-relazionali degli operatori, dovrebbe essere accompagnata da atteggiamenti di circospezione finalizzati a promuovere la ricerca accurata di situazioni considerate sicure, evitando così di apportare danno alle persone. Danno che deve essere preservato ad ogni dimensione del vivere umano, e non solo a quella relativa l'integrità fisica

Una cura sicura è dunque una cura appropriata, scrupolosa e conveniente al bisogno di salute espresso; una cura in grado di consolidare il suo manifestarsi sulle conoscenze scientifiche a vantaggio dell'interesse della persona assistita.

L'impegno degli operatori della cura sanitaria è così sorretto dall'obbligo morale del *non nuocere*, come troviamo riportato, ad esempio, nell'art. 9 del Codice Deontologico dell'Infermiere:

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere⁵⁹

La cura sanitaria si estrinseca attraverso azioni competenti per salvaguardare la salute delle persone e della collettività. Le conoscenze e le capacità degli operatori dovranno perciò essere convogliate verso azioni congrue, corrette e scrupolose, tali da rispondere in maniera efficace ai bisogni della persona assistita. Un simile principio viene riportato, ad esempio, nell'art. 2.6 del Codice Deontologico dell'Ostetrica/o:

L'ostetrica/o nell'agire professionale si impegna ad operare con prudenza, diligenza e perizia al fine di tutelare la salute degli assistiti⁶⁰.

⁵⁷ Codice Deontologico del Fisioterapista del 23/10/1998

⁵⁸ Codice Deontologico dell'Ostetrica/o del 19/6/2010

⁵⁹ Codice Deontologico dell'Infermiere del 27/02/2009

⁶⁰ Codice Deontologico dell'Ostetrica/o del 19/6/2010

L'insieme di queste considerazioni rafforza la prospettiva secondo cui l'esercizio professionale sanitario debba essere animato da rigore metodologico e rispondere alle continue acquisizioni scientifiche inerenti il campo di competenza. Il che significa che l'ambito clinico deve essere inteso nella sua concezione dinamica, nel quale la continua ridefinizione dei saperi e delle pratiche portano ad abbandonare quei modelli tradizionali di medicina e di assistenza considerati irremovibili e superati

In questo modo gli operatori sono chiamati a riferirsi esclusivamente a conoscenze validate e aggiornate dando valore alle attività di ricerca e alla sperimentazione clinico/assistenziale per l'evoluzione del sapere e della pratica sanitaria, senza però tralasciare, in alcun modo, i diritti inderogabili della persona. Tale presupposto può essere rintracciato nella prima parte dell'art. 5 del Codice di Deontologia medica:

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali (...)⁶¹

Si può notare come sia consolidata la necessità di ancorarsi a saldi principi scientifici per quanto concerne l'esercizio della medicina. In questo articolo si evidenziano esplicitamente i valori di riferimento della condotta medica che rimandano al binomio scienza e coscienza, da intendersi come riferimento del corretto comportamento etico. L'art 16 del medesimo codice esprime, inoltre:

*Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico.*⁶²

Il progresso continuo ed estremamente veloce della scienza medica e il diversificarsi sempre più delle varie branche di specializzazione, non permettono al singolo medico, benché diligente e coscienzioso, di essere al corrente di tutte le acquisizioni scientifiche. Per tale motivo l'obbligo di aggiornamento si rivela come necessità più che sostanziale per dare risposte esaurienti ai bisogni di salute. La formazione professionale permanente dovrebbe essere accompagnata da una «tensione morale» che spinge l'operatore a migliorare le proprie conoscenze al fine di offrire ai cittadini prestazioni professionali il più possibile adeguate alle loro necessità. In più, l'obbligo dell'aggiornamento

⁶¹ Codice di Deontologia medica del 16/12/2006

⁶² Codice di Deontologia medica

professionale ha anche rilevanza deontologica, dal momento che alcune mancanze professionali causate dalla scarsa preparazione culturale, provocata, ad esempio dal trascurato aggiornamento, possano costituire oggetto di procedimento disciplinare a carico del medico che se ne renda colpevole⁶³.

Più che la norma, dovrebbe essere quindi la coscienza professionale di ogni operatore a costituirsi come primo e fondamentale movimento per soddisfare l'esigenza di aggiornamento e di formazione permanente. Essa deve avvenire attraverso una reale disponibilità all'autovalutazione e all'autocritica dei propri saperi per migliorare e garantire la qualità dell'assistenza erogata ai cittadini. A tal proposito, nell'art. 6 comma 1 del Codice Deontologico del Logopedista, leggiamo:

Il Logopedista è tenuto a mantenere la propria competenza professionale ai livelli ottimali mediante idoneo aggiornamento nel campo della ricerca scientifica logopedia ed interdisciplinare, nonché professionale in risposta alle esigenze sociali; dovrà essere stimolata la capacità di autocritica delle proprie conoscenze teoriche, delle proprie capacità professionali e della propria condotta personale.⁶⁴

La riflessione critica sull'esperienza e la ricerca scientifica diventano in questo caso i presupposti necessari per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria a beneficio della salute della persona.

Il valore della ricerca pervade sempre più l'intero campo dell'assistenza sanitaria: sia nei diversi profili professionisti sanitari che nei rispettivi Codici Deontologici, gli operatori sono chiamati ad attivare, promuovere e partecipare alla ricerca e/o sperimentazione clinico-assistenziale. Ma non solo. Lo sviluppo della ricerca deve continuare con l'impegno della diffusione dei risultati, in modo che i dati ricavati, quando validati, possano essere concretamente implementati nella prassi ed assumere così valore di raccomandazione. Nell'art. 8 del Codice deontologico del dietista, troviamo scritto:

Il Dietista verifica costantemente che il suo intervento nutrizionale sia fondato su dati scientificamente validati e aggiornati e/o basato sui "livelli di assunzione raccomandati" per la popolazione⁶⁵.

⁶³ cfr. Commentario al Codice di Deontologia medica della Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)

⁶⁴ Codice Deontologico del Logopedista del 13/02/1999.

⁶⁵ Codice Deontologico del Dietista del 01/09/2009.

Migliorare l'assistenza sanitaria, contribuire al progresso scientifico e perfezionare l'esercizio della professione sono tre finalità congiunte, tra loro interdipendenti, che sollecitano un'attività sanitaria fondata esclusivamente sulla ricerca scientifica.

L'obiettivo principale dell'EBM e della sua estensione negli altri ambiti disciplinari sanitari⁶⁶ si propone di migliorare l'efficacia dell'agire professionale in medicina attraverso un più stretto contatto con i migliori risultati della ricerca clinica internazionale, aumentando, contemporaneamente, la consapevolezza critica degli operatori e dei cittadini in merito alla reale efficacia ed utilità di molti interventi sanitari.

Poiché risulta praticamente impossibile dare consigli adeguati per ogni situazione clinica, è stato ideato un sistema nel quale si tende ad offrire il maggior numero di informazioni scientifiche le quali, dopo essere state valutate, vengono assunte per orientare la pratica.

L'EBM, come abbiamo precedentemente accennato, si propone come processo di apprendimento continuo, condotto dal singolo medico a partire dai casi specifici che si presentano nella pratica quotidiana. In questo caso, quando l'operatore sanitario si troverà di fronte ad un problema di salute, non attiverà il solo processo mnemonico, volto a recuperare le informazioni apprese e incamerate lungo il suo percorso di studio, ma, sarà invece stimolato a promuovere un ragionamento di tipo ipotetico-deduttivo proprio del *problem solving* che apre a forme dinamiche per la ricerca del miglior risultato. Per fare ciò il medico dovrà necessariamente verificare la qualità delle informazioni in suo possesso al fine di affrontare il problema di salute riscontrato. Si delinea così la prima fase del processo dell'EBM nella quale il medico (o qualsiasi altro operatore) formula alcuni quesiti del tipo: 1. *di quali informazioni ho bisogno per risolvere il mio problema?* 2. *come posso fare per trovare le informazioni di buona qualità in tempi compatibili con le mie necessità?* 3. *mi posso fidare delle informazioni che ho trovato?* 4. *come posso applicare alla mia realtà operativa i risultati della mia ricerca?*⁶⁷

Come si può comprendere dalle domande, il prerequisito che regge il metodo dell'EBM trova il suo centro nella *mentalità critica* nei confronti della qualità delle informazioni che

⁶⁶ Con la nascita del movimento Evidence Based medicine inizia la costruzione di un nuovo paradigma che viene nel tempo differenziato nelle diverse professioni e discipline. Si assiste progressivamente alla nascita dell'Evidence Based Nursing (EBN), Evidence Based Physiotherapy (EBPh) fino a giungere all'Evidence Based Practice (EBP) che raggruppa in un unico insieme tutte le diverse professioni e discipline che operano sinergicamente per la cura e l'assistenza della singola persona. L'Evidence Based Health Care (EBCH) fornisce un ulteriore contributo spostando l'asse di attenzione dal singolo assistito all'assistenza sanitaria per comunità e gruppi di persone, dal singolo problema clinico e assistenziale ai problemi di salute di una regione o di una nazione.

⁶⁷ G. Pomponio, A. Colosso, *op. cit.* pag. 4

si posseggono, poiché senza un'attenta riflessione su di esse, non è possibile avviare interventi di cura appropriati.

La seconda fase del percorso di EBM consiste, invece, nella ricerca delle risposte considerate adatte per ricavare i dati utili a fronteggiare la situazione per la quale si sono posti i quesiti.

Dal momento che le tradizionali informazioni contenute nei manuali e nei trattati enciclopedici non sempre aiutano nella decisione clinica, in quanto risultano spesso datate e superate da studi più recenti, la ricerca viene fatta consultando i dati delle sperimentazioni correnti, condotte in modo rigoroso. Tali studi nel fornire le prove di ciò che affermano, rappresentano la guida migliore e più sicura per il professionista.

L'acquisizione delle informazioni biomediche oggi si realizza prioritariamente secondo due canali: il primo, mediante la consultazione di riviste specializzate che selezionano unicamente gli articoli le cui conclusioni sono ritenute verosimilmente valide; il secondo in riferimento all'editoria secondaria⁶⁸ che analizza e compara tutti i programmi di ricerca condotti secondo la cultura dell'*evidence*, per mezzo dell'accesso ad una delle banche dati telematiche attualmente esistenti.

Il termine *evidence* nella lingua inglese viene utilizzato sia nel significato che ha nella lingua italiana la parola evidenza, sia con quello di prova o dimostrazione. Dal latino *ex videre* (vedere con chiarezza, vedere con immediatezza) il termine *evidenza* indica la caratteristica di ciò che si vede chiaramente e che non può essere messo in dubbio, o che non ha bisogno di dimostrazione. La parola *prova*, invece, viene utilizzata per indicare un qualsiasi elemento che dimostri l'autenticità di un fatto o la veridicità di un'affermazione. Dati questi spunti semantici, il paradigma dell'*evidence based* si mette al servizio di un percorso di conoscenza che privilegia tutto ciò che è già stato testato, analizzato, controllato e sistematizzato, a scapito di ciò che invece è lasciato all'immediatezza, al procedere empirico o alla tradizione non sempre esaminata.

Il movimento dell'Evidence Based Practice (EBP)⁶⁹ desidera sviluppare la consapevolezza di tutti i professionisti sanitari secondo cui la migliore pratica clinico-assistenziale derivi

⁶⁸ l'editoria secondaria si è sviluppata negli ultimi anni con l'obiettivo di facilitare la selezione degli articoli che soddisfano standard metodologici adeguati, secondo le regole dell'epidemiologia clinica e di prediligere i risultati degli studi pubblicati, offrendo dati immediatamente e facilmente comprensibili e utilizzabili nella pratica. Le banche dati telematiche attualmente esistenti sono Meline, Pubmed, Cinhal

⁶⁹ cfr. nota 64

necessariamente dall'acquisizione di una analisi attenta e sistematica delle informazioni che provengono dalla più recente e autorevole ricerca clinica.

Ragionare ed operare in termini di evidenza significa perciò rifiutare una prassi non giustificata dalle cosiddette prove scientifiche per promuovere l'assunzione di decisioni sostenute da un percorso razionalizzato, sistematico e condiviso espresso in più *livelli di evidenze*⁷⁰.

Poiché la pratica sanitaria si connota per il suo continuo divenire tra fenomeni di imprevedibilità e variabilità, la competenza dell'operatore si misura nella capacità di identificare precisamente il problema di salute della persona con cui entra in relazione (che significa giungere alla formulazione di una diagnosi) e definire il trattamento più appropriato, che oggi richiede la consultazione della letteratura scientifica che propone prove validate.

Stando alle considerazioni fin qui delineate, potrebbe venire quasi spontaneo affermare che la pratica sanitaria fondata sui principi e sulla metodologia dell'EBM possa essere assunta come la panacea per garantire cure appropriate, eque e sicure. Ma dietro ad un paradigma che propone forti certezze, si celano invece, come vedremo, importanti nuclei di problematicità.

La presa di distanza di certi operatori da tutto ciò che viene proposto come unico, vero e giusto, per poter comprendere l'ordinaria quotidianità sanitaria attraverso un pensiero autonomo e critico, potrebbe far intravedere aree opache, non immediatamente percepibili, sui tassi di credibilità delle prove di efficacia. È il caso di un giovane medico, ad esempio, quando arriva a domandarsi se sia sufficiente la sola applicazione delle linee guida e/o raccomandazioni di comportamento per garantire al «suo paziente» il miglior trattamento possibile; oppure quando l'ostetrica si pone il dubbio di quanto sia incontrovertibile trasferire le evidenze di uno studio riferito ad un contesto, a donne e a presupposti culturali, epidemiologici e relazionali diversi da quello in cui opera. È legittimo, ma ancor più coscienzioso, muovere tali dubbi.

Sarebbe perciò auspicabile provocare già nel corso della formazione di base un sistema aperto di riflessioni e interrogativi volti a stimolare i futuri professionisti sanitari ad un

⁷⁰ Con la denominazione livelli di evidenze si definisce il tasso di credibilità scientifica, definita con forza o prova, dell'efficacia di un intervento. Con il livello 1 vengono indicati gli interventi più rilevanti per fornire le prove ai quesiti clinici; scendendo al 2, al 3 e così fino al 5 si ottengono livelli di prova meno importanti, perché affetti da maggiori errori sistematici. Cfr. P. Chiari, D. Mosci, E. Naldi, *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing*, McGraw Hill, Milano, 2006

atteggiamento oculato, pur rispettoso, per *provare* quanto sorretto dalla filosofia dell'EBP. Ebbene domande del tipo: i dati che si ricavano possono definirsi universali, generalizzabili, validi per tutti? Le ricerche di buona qualità si possono riscontare per qualsiasi problematica sanitaria? Che fare quando l'*evidence* manca? Come conciliare la forza delle raccomandazioni comportamentali con l'autonomia, la discrezionalità e la libertà prescrittiva del singolo professionista. Domande, come si può comprendere, che dirigono ad una visione aperta, problematica e certamente antidogmatica nei confronti di un importante movimento epistemologico e metodologico di gestione della conoscenza e della capacità di cura sanitaria.

Nonostante i molti meriti attribuiti al paradigma dell'*evidence based* e al grande entusiasmo che ha accompagnato il suo diffondersi a partire dalla sua nascita, oggi sentiamo volgere ad esso alcune critiche, specie di natura etica.

Il limite più evidente all'EBP si trova nel rischio più che plausibile che la «traduzione» dei dati raccolti sia ricondotta ad una prassi riduzionistica, nella quale gli aspetti più complessi e problematici della cura, vengono messi in secondo piano, o ancor peggio non considerati.

Il forte richiamo ai professionisti di far riferimento unicamente alle informazioni raccolte su prove di efficacia, rischia di portare ad una nuova deriva neoscientista. Come rileva Paolo Carlo Motta⁷¹ l'assolutizzazione del valore dei risultati della ricerca scientifica, potrebbe potenziare ancora più il tecnicismo, per via di un'applicazione delle raccomandazioni derivanti da uno studio indiscriminato e avviato senza alcuna forma di discernimento. Non c'è da stupirsi, dunque, se per il solo fatto di aver raccolto un dato derivante da un lavoro di ricerca, l'operatore lo riproduca nella sua unica proprietà generalizzata ed assoluta, privandolo di qualsiasi riferimento discrezionale e riflessivo.

Abbiamo già avuto modo di trattare quanto non sia possibile applicare acriticamente i risultati di una ricerca sulla persona che si ha in cura, data l'impossibilità di giungere a forme di riduzione inconfutabili e universali.

Un'altra critica mossa all'EBM riguarda il fatto che le migliori ricerche disponibili per promuovere un determinato comportamento sanitario, spesso non fanno riferimento alle premesse teoriche che hanno mosso lo studio, impedendo così di risalire alle ragioni e ai presupposti che hanno dato il via alla ricerca. A ciò si aggiunge il fatto che le evidenze

⁷¹ P.C. Motta, *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Carrocci, Roma, 2002 pag. 126

sono da considerarsi parziali e provvisorie poiché esse sono *retrospettive*, e dunque si occupano di sistematizzare questioni già poste e definite, senza considerare il problema di salute nel divenire e nel suo prendere forma ad evoluzioni differenti.

Infine, per quanto riguarda più specificatamente l'uso delle linee guida, nel dibattito attuale si riscontrano due limiti: il primo inerente la capacità dell'operatore di sceverare le tante indicazioni che vengono fornite per poter scegliere e adottare la linea di condotta più appropriata; il secondo legato alla riduzione dell'autonomia di giudizio che rischia di essere soppiantata dalla raccomandazione di altri che forniscono informazioni da utilizzare più o meno acriticamente.

Nonostante una pratica che vuole essere basata sulle certezze, le incertezze, come abbiamo avuto modo di trattare nel precedente paragrafo, rimangono eventi fisiologici e di fatto non superabili.

Per cercare di dipanare in qualche modo la complessità che sorregge il discorso sull'EBM (comprese le sue derivazioni disciplinari), è necessario mettere in dialogo le potenzialità e i limiti fin qui analizzati.

Tenendo come punto fermo e indiscutibile l'analisi dei codici deontologici sanitari, dove viene sancito il dovere morale del professionista di agire sulla base delle conoscenze scientifiche, il procedere sulla via delle evidenze diventa un paradigma epistemologico e metodologico di grande credito. L'EBP, infatti, nasce e si sviluppa con l'intento di perseguire e garantire una cura - e/o la tutela dello stato di salute - di provata efficacia.

La conoscenza che deriva dalla ricerca scientifica è certamente fondamentale, ma non può da sola orientare la pratica sanitaria perché rischierebbe di snaturare lo specifico campo delle attività di cura.

Le prove di efficacia basate sulle evidenze devono necessariamente essere applicate in maniera giudiziosa e coscienziosa, tollerando quelle necessarie forme di dubbio, di incertezza e di rivisitazione dei dati che inducono a problematizzare ciò che viene definito come certo. Questo non deve portare a sottostimare i risultati e gli strumenti che orientano alla standardizzazione della pratica sanitaria, sorti per ridurre le variabili ingiustificate di condotta poiché essi rimangono utili e indispensabili. Allora, l'attenzione va posta non soltanto sulle condotte che si è tenuti a mantenere, ma anche verso ciò che è proibito compiere.

Rimane eticamente scorretto mantenere comportamenti professionali completamente in contraddizione con le prove di efficacia, che vengono dettate dalle linee guida e protocolli. Sarà pertanto inammissibile perseguire una cura quando le evidenze provano che quella azione, quel farmaco o quel trattamento non sia efficace, o ancor più dannoso.

Prendendo testualmente un passo dell'art 12 del codice deontologico del medico: (...) *Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente* (...) si comprende come debbano essere vietate tutte quelle condotte di "temerarietà professionale" che non tengono conto di eventuali conseguenze dannose, seppur ispirate ad una ottimistica, ma non completamente fondata, fiducia sulle potenzialità positive della cura e dell'intervento prescelto.

Le prove, le evidenze e i risultati validati, considerati come clinicamente rilevanti, nel fungere da indicatori di un percorso rigoroso devono essere, a loro volta, miscelati e adattati alla situazione clinica di ogni singolo malato che chiede di essere considerato nella sua complessità e variabilità fisica, ma anche compreso ed accolto nella sua soggettività.

Ciò comporta che gli sguardi sanitari dovranno essere dilatati anche verso gli orizzonti esistenziali dei propri assistiti. In tal modo, le richieste, il sistema delle aspettative, i valori e i desideri delle persone curate entrano a far parte del percorso di cura.

1.6. La clinica basata sulla persona

L'unico modo per realizzare pienamente la scientificità della cura sanitaria è quello di considerare i soggetti a cui è diretta – vale a dire il bambino, il disabile, l'uomo, la donna, l'anziano, la collettività ecc., nella loro individualità e particolarità.

Il curante che guarda il malato come soggetto portatore di una storia personale, situata in modo irripetibile nel tempo e nello spazio, capace di vivere e di significare il «proprio caso» in termini totalmente diversi da come viene sintetizzato nei risultati delle evidenze, prende le distanze dal rischio di una trasposizione pedissequa e massificante delle raccomandazioni scientifiche che guidano la pratica clinica.

Solo uscendo dagli anonimi laboratori sperimentali per entrare nei problematici contesti ambulatoriali e nosocomiali si riscontra quanto siano più che regolari le situazioni nelle

quali gli operatori si trovano impossibilitati ad applicare i protocolli e le linee guida in maniera completa ed esaustiva. Frequenti sono i fatti che portano un medico a chiedersi *se, e come* applicare quanto viene indicato come *evidente*.

L'operatore per ogni passo del suo *curare*, pur mosso nella direzione del rigore e dell'appropriatezza scientifica, si troverà a porsi domande a sostegno del cammino intrapreso, per cercare di ridurre il più possibile ogni forma di incertezza e proseguire sulla via delle cure elargite in sicurezza. E' questo, un segnale di grande responsabilità.

Un principio che non deve mai essere trascurato da nessun operatore, riguarda il fatto che nell'*ars curandi* nulla è pienamente visibile e immediatamente comprensibile. La cura si definisce e si cala in una condizione di opacità propria del vivere umano che non consente di comprendere e codificare i fatti, le situazioni e le problematiche nella loro trasparenza e semplicità. Sarebbe dunque pura illusione, ancor più uno scacco, pensare di poter risolvere i «travagli» del *vivere una malattia* con ricette unilaterali, appiattite e congruenti alla mera applicazione di un comportamento clinico raccomandato e sentito come sicuro. Come abbiamo avuto modo di dire, le linee guida che optano per la standardizzazione delle cure non hanno una connotazione prescrittiva, esse vengono formulate solo per fornire un supporto informativo, utile soprattutto laddove occorre prendere decisioni con piena cognizione.

Molteplici e complesse sono infatti le variabili che entrano in campo nella pratica clinica condizionandone il suo delinearsi. Lungo questo procedere si incontrano tappe che obbligano il curante a sostare nella scelta. Lo può dire l'infermiere quando si troverà concretamente a discernere i dati « clinicamente rilevanti » pubblicati nelle statiche pagine di un articolo scientifico, nel momento in cui cercherà di ricondurli in realtà dinamiche e viventi, fatte di « carne e ossa ». Spesso ci si trova a fare i conti con una grande distanza tra le strategie diagnostiche, terapeutiche, organizzative comunemente utilizzate nella pratica, e quelle giudicate preferibili sulla base dei risultati prodotti dalla ricerca. Se a livello di opinione pubblica si pensa siano le barriere culturali e valoriali, oltre a quelle organizzative ed economiche a rendere insormontabile il passaggio dalla cura consueta, alla cura basata sull'evidenza, come si potrà constatare, c'è anche dall'altro.

Luca Carra⁷² descrive il dilemma che si viene a creare quando il medico è chiamato a scegliere un orientamento di cura a fronte della sua alternativa opposta, sapendo che qualsiasi scelta compierà avrà una ricaduta sulla vita della persona. Lo fa riferendosi ad una revisione Cochrane⁷³ nella quale si prova che in caso di diagnosi certa di tumore al seno, oltre ai normali trattamenti già protocollati (intervento chirurgico e/o terapia chemioterapica), la rimozione delle ovaie riduce del 18% la mortalità delle donne. Ciò significa che se la rimozione e/o riduzione della neoplasia mammaria viene associata all'asportazione delle ovaie sane, vi è una diminuzione del tasso di mortalità. Lo provano i dati statistici.

Lo studio in questione è stato diffuso per aumentare le conoscenze in materia e orientare la decisione degli oncologi, i quali dovranno scegliere quale delle due posizioni privilegiare: aderire all'evidenza riportata, e quindi proporre alla donna l'asportazione delle ovaie, oppure no, proseguendo con i protocolli già validati, dato che il vantaggio stimato del 18% risulterebbe comunque modesto.

Tra *prova basata sulle evidenze* e *decisione concreta* si viene a creare uno iato, uno scarto. Una soluzione di continuo, parlando per analogia, che per essere «curata» richiede una sua approfondita e attenta analisi. Di fronte a tale scarto il medico non deve essere lasciato solo; dovrebbe cercare di transitare e condividere il suo dilemma insieme ad altri soggetti (colleghi, esperti, ma ancor più pazienti) per tentare di trovare la migliore risposta, rifacendosi a paradigmi e pensieri che non si limitino esclusivamente agli orizzonti scientifici.

Sono le situazioni vere che si concretizzano fuori dai manuali e dall'ultima rivista biomedica, che ci fanno capire come la cura sanitaria, pur sorretta ed alimentata dalla scienza, non possa esaurirsi in essa. L'impegno di ogni singolo operatore si compie nella disponibilità di integrare le istanze scientifiche «provate» con altre prospettive riconducibili agli aspetti assiologici e alle preferenze, oltre, soprattutto, al punto di vista del malato, per il quale, come è facile comprendere, la decisione sarà ben più rilevante che per il curante.

⁷² L. Carra, *Curare secondo prove: luci e ombre della evidence based medicine*, in "Di cosa parliamo quando parliamo di medicina", D. Minerva, G. Sturloni, (a cura di), Codice Edizioni, Torino, 2007, pag. 98-99

⁷³ La Cochrane Collaboration nasce nel 1993 come un network internazionale finalizzato alla creazione, revisione, mantenimento e diffusione di revisioni sistematiche e metanalisi che si occupano degli effetti degli interventi sanitari sull'uomo.

Ritornando allo studio sui nuovi trattamenti del tumore alla mammella, sorge spontanea la domanda, rispetto al come e al cosa possa essere declinato nella pratica, tenendo conto dei dilemmi e delle precarietà che si incontrano.

È necessario andare oltre le evidenze e i loro numeri. Solo ponendosi domande ed ascoltando la persona con cui si entra in relazione, si potranno trovare indizi e tracce che potranno condurre, in termini di possibilità, verso quella che si spera sia la cura più appropriata ed efficace.

Cosa può accadere allora alla giovane donna, appena sposata e desiderosa di diventare madre, quando già di fronte alla sconcertante diagnosi di tumore al seno le viene prospettata l'ipotesi dell'asportazione delle ovaie sane per ridurre, sebbene di poco, il rischio di morte? Quali pensieri, vissuti e stati di coscienza accompagneranno i primi e interminabili istanti che seguono la formulazione della diagnosi e il suo orientamento prognostico? Come si potrà arrivare a quella che viene definita la *giusta scelta*?

La donna con ogni probabilità vivrà un forte senso di smarrimento, di precarietà e di sofferenza. Nella più totale solitudine si sentirà alienata da tutto e da tutti. Disorienta e carica solamente di una realtà inedita, mai immaginata e palesemente sconvolgente, si troverà ad entrare vorticosamente nel cuore di una scelta che potrebbe rivelarsi irreversibile, non solo per il suo stato di salute, ma per la sua intera esistenza. Tormentata da sentimenti laceranti di oppressione, di pena e timore, oltre ad essere colta da probabili sensazioni fisiche di affanno, di costrizione al torace e alla gola, la donna si trova costretta a dover indicare la sua preferenza tra le due ipotesi: farsi togliere o no le ovaie. Ed ora, i dati statistici diventano irrimediabilmente muti.

Nonostante il loro peso scientifico, nessuna percentuale sarà in grado di liberare la donna dalla sua oppressione. Seppur dichiarate come certe, le prove di evidenza cagionano incertezza, compiendo un paradosso assai frequente in medicina..

In situazioni come queste all'oncologo spetta il compito di dare la corretta informazione prima ancora di deliberare il suo orientamento terapeutico. L'informazione data nella sua pertinenza e nell'osservanza del rispetto del soggetto che la riceve, diventa il presupposto indefettibile per l'espressione del consenso da parte dell'assistito. La correttezza dell'informazione, come leggiamo nell'art. 30 del Codice deontologico medico⁷⁴ è

⁷⁴ Il suddetto articolo riporta: *Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di*

innanzitutto un dovere morale, più che una consuetudine di cura. Al medico spetta il compito di fornire informazioni oneste e veritiere senza per questo escludere le istanze di possibilità e di speranza quando, soprattutto, ci si trova di fronte a prognosi gravi o infauste. Il diritto alla verità che sta alla base della concezione di uomo come responsabile delle proprie azioni, si configura una condizione essenziale per l'esercizio della libertà⁷⁵. Tale verità, in campo medico, non può limitarsi alla semplice e fredda trasmissione di dati clinici; avranno particolare rilevanza le modalità di comunicazione dell'informazione e la postura relazionale che il medico manterrà lungo lo svolgersi dell'incontro. Ma di questo parleremo più avanti.

Riprendendo il caso in analisi, la donna si troverà a condividere, insieme al medico, una decisione in condizioni di estrema incertezza, soppesando i rischi con i suoi valori, le sue aspettative e le speranze, alla luce di conoscenze, comunque, esitanti. In tutto questo, ciò che assume valore ed è degno di considerazione, è il fatto che la donna non sia stata lasciata sola nel suo processo decisionale. In momenti come questi, è forte il bisogno di avere di fronte a sé qualcuno che «rimane presente con lei e a lei» al quale poter rivolgere le perplessità e le richieste di chiarimenti che si dipanano, facendosi sempre più nitide, nella presa di coscienza della situazione.

Nel dialogo con l'oncologo, la donna molto probabilmente non mancherà di porre riflessioni e domande a cui nessuno sarà in grado di rispondere, come nel caso: “chi mi dice che nella mia situazione la rimozione delle ovaie ridurrà il rischio di morire di tumore?”

Un tale quesito grida tutta l'inquietudine che prende voce nel momento in cui lo sguardo si volge al futuro e alla precarietà della propria esistenza. Quando l'ignoto prevale sul noto, nonostante i tanti appelli di rassicurazione e di salvezza posti alla medicina, non si hanno risposte e si vive appieno la propria vulnerabilità.

Nonostante la forza delle raccomandazioni sui comportamenti clinici da proporre, è necessario che l'operatore sanitario sia consapevole, parafrasando Carra, che le evidenze

comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

⁷⁵ cfr. Commentario al Codice di Deontologia medica della Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e odontoiatri (FNOMCeO)

derivanti dalla statistica non sono in grado di dare risposte alla singola persona; semmai *possono fare previsioni sul "paziente medio"*⁷⁶ alla luce di indizi ragionevolmente estendibili e riproducibili all'interno di una categoria intermedia di soggetti, verosimilmente rappresentativi di una popolazione. Ma si tratta, comunque, di una dimensione proiettiva, legata al sistema delle probabilità che fonda il suo focus su parametri fisio-patologici oggettivi, senza mai guardare oltre.

Uniti alle prove che derivano dalla ricerca, alle verifiche e alle opinioni degli esperti, saranno soprattutto i punti di vista degli utenti a orientare il sistema delle scelte verso il modo migliore di offrire assistenza nell'ambito delle diverse specialità e dei contesti che costituiscono i servizi sanitari.

Per far sì che la prospettiva del curato venga espressa, nessuna persona dovrebbe sentirsi stigmatizzata nella indifferente e spersonalizzante categoria di «caso clinico». Qualora ciò dovesse accadere, dice H.G Gadamer, *sarà praticamente impossibile curare colui o colei che si concepisce come un «caso»*⁷⁷. Nel sentirsi un caso la persona ha una espropriazione: quella della propria identità e con essa delle prospettive affettive e volitive e dunque progettuali. Vivendosi come un caso, la persona sarà portata a valorizzare soltanto quelle caratteristiche che la connotano come «quel caso», e cioè l'insieme dei sintomi e delle alterazioni fisiopatologiche, ai farmaci e agli esiti dei trattamenti specifici usati per trattare il «caso». Allo stesso modo, continua Gadamer, anche il medico che applica solo meccanicamente la capacità della sua disciplina verso colui o colei che vede unicamente come «caso», non potrà alleviare in alcun modo l'infermità lieve, oppure grave, *alla quale il curato dovrà rassegnarsi*⁷⁸.

La constatazione di Gadamer porta a rivedere le posture relazionali che curante e curato sono chiamati a mantenere all'interno del loro rapporto.

È dato per assodato che la persona curata non possa essere assoggettata a termine passivo di un processo diagnostico-terapeutico governato dal curante. Viste le sue capacità e possibilità di raccontarsi, di scegliere e dunque di determinarsi, il curato è in potenza un co-autore della relazione di cura. Pur all'interno di una relazione complementare che li colloca in una posizione asimmetrica, curante e curato dovrebbero sentirsi vicendevolmente propulsori di rispetto, di dialogo e di scambio reciproco.

⁷⁶ L. Carra, *Curare secondo prove: luci e ombre della evidence based medicine*, in "Di cosa parliamo quando parliamo di medicina", D. Minerva, G. Sturloni, (a cura di), Codice Edizioni, Torino, 2007, pag. 99

⁷⁷ H-G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano, 1994, pag. 112

⁷⁸ ibidem

In questo modo il medico, la dietista o l'infermiere potranno trascendere le nozioni riferibili agli indicatori di «caso», per iniziare ad ascoltare le *narrazioni* dei loro assistiti. In tal modo potranno dare valore alle parole e alle tonalità emozionali, senza necessariamente ricondurle dentro quegli schematismi, comodi ma aridi, della tradizione anamnestica. Le frasi espresse dal curato, il linguaggio del suo corpo, i suoi silenzi, diventano così *messaggi* che possono orientare verso la giusta diagnosi e cura.

L'autodeterminazione dell'assistito insieme alla volontà e alla costruzione di senso su quanto egli vive, forniscono indizi di cui l'operatore non può non tenere conto. Essi, se tesaurizzati e lasciati fluire porteranno inevitabilmente a forme di scostamento da una pratica sanitaria livellata e spersonalizzata quasi a proporre in maniera servile gli standard della statistica medica. Ma, come abbiamo visto, l'intento dell'EBM non è questo.

Molto di quello che viene scritto in queste pagine, è già stato detto. È interessante notare come questi principi siano stati enunciati più di un secolo e mezzo fa dal noto medico e studioso Augusto Murri. Leggiamo da un suo scritto:

C'è però una forma molto più scientifica di questa maniera d'indagine ad occhi bendati e questa consiste nell'applicare alla terapia il metodo statistico: ma anche quest'empirismo più sicuro, il quale ha reso segnalatissimi servizi all'arte salutare, non può essere in buona logica ricevuto come unico criterio terapeutico. Ci sono, è vero, anche oggi Patologi, che vanno per la maggiore, i quali vi raccomandano di dare, per esempio, ad ogni malato di pneumonite dell'alcool e dell'estratto di china, d'applicare un vescicante a tutti i tisiici, di fare un'aspersione con acqua fresca e odorosa a tutti i tifosi; ma non c'è neppure bisogno di dire, che, s'anche la statistica avesse mostrato guarirsi con questi metodi più malati che con altri, rimarrebbe sempre a provare, che modificando le cure secondo le condizioni particolari a ciascuno di quest'infermieri non si riuscirebbe a guarirne buon numero di più, che coll'applicare a tutti la medesima terapia. Il metodo statistico puro, quale lo sostenne e l'applicò l'insigne Louis, non è forse più sostenuto da alcuno. Invano dunque perderei parole a premunirvi contro quest'errore. Anche l'eccesso opposto, il razionalismo terapeutico puro, è caduto sotto i colpi del Bufalini in Italia e del Virchow in Germania. Ma vinte le idee, rimangono sempre, come strascico assai più difficile a vincere, le parole. Nessuno apertamente oggi dice che dell'osservazione clinica se ne può far meno, ma rimangono ancora certe frasi nei libri moderni, che non chiarite, potrebbero mettere in pericolo il grande acquisto logico, di cui v'ho parlato e senza di cui la vostra opera pratica non potrebbe più rispondere alle vostre ardenti aspirazioni umanitarie.⁷⁹

Diversi sono gli spunti che Murri offre in questo breve passo. In linea con la trama del nostro discorso, appare interessante l'esortazione fatta per rendere comprensibili *certe frasi nei libri moderni* poiché, se non chiarite, potrebbero mettere in pericolo non solo gli assunti che fondano la cura sanitaria, ma anche, quelle che lui definisce le *ardenti aspirazioni umanitarie* di chi desidera perseguire nella sua pratica. Infatti, nel nostro caso, non riducendo al minimo le incertezze o le false informazioni sui presupposti che

⁷⁹ A. Murri, *La clinica come scienza e come arte*, Firenze, 1876, pag. 23

sorreggono gli orientamenti scientifici della cura sanitaria contemporanea, si rischierebbe di procedere lungo un cammino irto, ingannevole con trappole e fraintendimenti che ostacolerebbero il regolare svolgersi di una medicina al servizio dell'uomo che cerca di proporre cure efficaci, eque ed imparziali nel rispetto più profondo di ciascun soggetto assistito. Per questo continueremo ancora il discorso sulle evidenze scientifiche e la loro personalizzazione nella pratica clinica.

Non deve essere la statistica a guidare il medico nei territori dell'*ars curandi*, quanto l'osservazione clinica, dice Murri, nota anche come *metodo clinico*, di cui cercheremo di comprendere il significato.

«Metodo clinico» è composto da due termini ed esprime un concetto che meritano una breve definizione.

Con la parola «metodo» ci si riferisce ad un procedimento messo in atto per facilitare il conseguimento di un determinato risultato, garantendo costanza ad un lavoro.

«Clinico», dal greco *Klinikòs*, è l'aggettivo derivato dal sostantivo *klinè* che significa letto.

Definita da Vito Cagli come *medicina al letto del malato*⁸⁰ - stando alle sue indicazioni etimologiche, il metodo clinico si realizza tramite un insieme di procedure che si sviluppano nell'esame diretto del malato.

Fondato su un insieme di criteri che il medico volge direttamente alla persona, il metodo clinico viene applicato con l'intento di giungere alla formulazione diagnostica per procedere con la scelta di uno o più interventi, o anche di nessuno. L'azione scelta deve essere quella giusta per quella persona, vale a dire la più congruente possibile con i suoi valori, il senso di ciò che vale la pena o di ciò che è buono, e, naturalmente corrispondente al suo bisogno di essere guarito, ristabilito o rimesso in sesto, secondo i propri bisogni e desideri.

Nel corso di una visita medica il metodo clinico si esprime nella sua triplice partizione di: raccolta dell'anamnesi, esecuzione dell'esame obiettivo e formulazione della diagnosi, della terapia e della prognosi⁸¹. La raccolta dell'anamnesi e l'esame fisico rientrano nell'ambito della semeiotica medica, cioè della scienza che si occupa dei modi e delle procedure più idonee a rilevare i segni presenti nel malato. Le conclusioni finali –

⁸⁰ A. Cagli, *Elogio del metodo clinico. Mutamenti e problemi della medicina al letto del malato*, Armando editore, Roma, 1997.

⁸¹ Cagli, op.cit. pag. 21

diagnosi, terapia, prognosi – discendono, invece, dai dati così acquisiti, ordinati in modo logico attraverso un procedimento razionale che permette al medico di fornire una spiegazione dei fatti osservati.

Il metodo clinico elabora un giudizio conclusivo che convalida quanto il medico ha raccolto dall'osservazione diretta del malato con il ragionamento che ne consegue. Si tratta di un ragionamento caratterizzato da catene di interferenze deduttive e induttive, sempre passibile a modificazioni su fatti e osservazioni successive, che diventano le premesse per ulteriori ragionamenti. Nessuna attestazione derivante dal metodo clinico potrà mai essere astratta, speculativa o ancor più generale, proprio perché sorge dall'esperienza viva dello stare accanto al singolo malato, nel corso della visita medica. Qui ebbe fin dall'inizio la sua codificazione: non c'era metodo clinico senza visita medica. I modi e le procedure della visita erano stabiliti in regole precise e da tutti accettate: ci si accostava al malato interrogandolo sui suoi disturbi, esaminandone i diversi organi, apparati e sistemi con l'ispezione, la palpazione, la percussione e l'auscultazione. L'utilizzo dei cinque sensi permettevano al medico di raccogliere indizi utili alla formulazione di un giudizio.

La prescrizione terapeutica che ne discendeva, si basava unicamente sulla diagnosi che il medico riusciva a formulare esclusivamente dopo essersi chinato sul letto dell'ammalato. Nessuna indagine predeterminata poteva essere fatta senza osservare direttamente il malato, nessun farmaco sarebbe stato somministrato a priori e, soprattutto, nessun trattamento avrebbe risentito di una standardizzazione appiattente senza aver mai osservato il malato.

Al termine della visita, il giusto rimedio non si poteva trovare tra le pagine di un manuale, ma si doveva cercare nello spazio che univa il letto dell'ammalato alla mente del medico. Era una questione di metodo, non solo di deontologia.

Augusto Murri, scrivendo ai medici disse:

l'indicazione del rimedio nasce in noi dopo che abbiamo fatto l'analisi del malato, non dopo che abbiamo dato un nome collettivo al processo che l'affligge⁸².

Non sarebbe stato possibile stabilire alcuna forma di terapia senza prima aver interrogato il sintomo, e averlo messo in relazione al processo che lo ha generato e, ancor di più alla

⁸² A. Murri (a cura di), *Quattro lezioni e una perizia. Il problema del metodo in medicina e biologia*, Zanichelli, Bologna, 1972

persona che ne soffriva, dato che era già convinzione più che diffusa che *non c'è malato che sia uguale all'altro*⁸³.

Con Murri la meticolosità degli studi, l'accuratezza nell'osservazione e la cura delle persone vennero sostenute da una forte tensione umanitaria, che divenne elemento imprescindibile per l'esercizio medico.

Il metodo clinico diventa la risposta a quell'impegno e a quel patto ancestrale che vede un uomo porsi al *servizio* di un altro uomo nella sua dimensione altruistica, dando garanzia, parafrasando Cagli, *che accanto a un uomo sofferente vi sia un uomo pensante*⁸⁴.

Non esiste alcunché di analogo nelle scienze così dette esatte. Il metodo clinico, infatti, non può essere paragonabile ad una sperimentazione empirica. Sebbene il procedimento induttivo nella scienza moderna sia analogo al procedimento di formazione di ipotesi in medicina, nel metodo clinico risiede qualcosa di molto più complesso. Intervengono elementi oggettivi (osservazione e misurazione dei segni, dei sintomi e dei parametri) e soggettivi (pensieri, intuizioni, vissuti) che si integrano e si alimentano all'interno della relazione tra curato e curante.

Lo statuto intersoggettivo di tale metodo, implica che non siano soltanto i dati oggettivi ad essere rilevati al letto dell'ammalato. Oltre al colorito cutaneo, alla valutazione dei riflessi e alla misurazione della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa o della temperatura corporea, si deve esaminare anche qualcosa in più, ovvero il modo con cui la persona vive il suo stato.

Il medico si confronterà con l'esperienza soggettiva della persona curata e con le modalità specifiche del suo *sentirsi* malato, concentrando ogni sforzo per risolvere i suoi problemi. Rivendicare il ruolo della clinica consente di mettere al centro della scena sanitaria non tanto la malattia, quanto il malato. Così facendo, è probabile che il carattere di rigidità scientifica della medicina basata sulle evidenze si temperi nel dialogo con la persona, con i suoi valori e le sue preferenze. Nel valorizzare il contatto, lo sguardo, l'ascolto e il dialogo, il metodo clinico sviluppa prevalentemente un approccio qualitativo, andando così a compensare i limiti dell'approccio meramente quantitativo riscontrabili in certe ricerche.

⁸³ ibidem

⁸⁴ Cagli, op. cit. Pag. 27

Il metodo clinico diventa il solo approccio che consentirà di districarsi nella maggior comprensione dei fattori di complessità connessi alle cure sanitarie delle persone, laddove l'approccio quantitativo rimane completamente impotente.

1.7. Malati complessi e gestione della *cura della complessità*

La trama delle riflessioni fino ad ora delineata ci consente di affermare che le posizioni culturali e valoriali sulle cure sanitarie sono sempre di più orientate verso un orizzonte di grande apertura e di maggior respiro, rispetto all'impalcatura razionalistica e meccanicistica che ebbe il suo culmine nella modernità. Le prospettive che censurano il pensiero unico di una medicina certa, onnipotente, che per molto non è stata in grado di raggiungere il proprio interlocutore – il malato - , ci fanno presagire che qualcosa sta cambiando.

La crisi che sta coinvolgendo profondamente le scienze della salute e della malattia si può ritrovare in forma analoga in molte altre discipline naturali e umane con ricadute concrete del vivere planetario. Ci troviamo nel bel mezzo di una crisi societaria multicomponentiale comprendente diversi fattori (economici, culturali, ecologici, sanitari, valoriali ecc) che determinano le molte contraddizioni, antinomie e paradossi nelle quali spesso inceppiamo. Si tratta di una crisi profonda che getta le sue radici nella globalizzazione che sta pervadendo la società contemporanea.

La graduale eliminazione dei vincoli spaziali per via della diffusione dei mezzi di comunicazione di massa e la trasformazione dei mercati ad un unico mercato planetario ha modificato sostanzialmente il nostro modo di vivere (rivoluzione informatica, scambio di informazioni e di merci immediate, precarizzazione del lavoro, cambiamenti economici), ma non solo. Nonostante le persone siano più libere e autonome, la globalizzazione ha cambiato le relazioni interpersonali, determinando non poche difficoltà. Assistiamo all'instaurarsi di rapporti intersoggettivi sempre più frammentati e funzionali, caratterizzati da una crescente componente di impersonalità e strumentalità che sta alla base dei tanti conflitti sociali del nostro tempo. Si demarcano sempre più i confini personali e si alzano le barriere per difenderli. Per dirla con Alessandro Tolomelli:

La globalizzazione ha richiesto un prezzo da pagare per l'ottenimento della libertà dello spazio fisico: una maggiore solitudine (soprattutto della popolazione anziana) e incertezza (soprattutto nei giovani), anche se

questi non sono gli unici aspetti negativi dell'azzeramento delle distanze che emancipa solo parte della popolazione mondiale dai vincoli territoriali.⁸⁵

La portata di tutto ciò ricade in primo luogo sull'individualizzazione dell'esperienza soggettiva e conseguentemente sulla costruzione dell'identità personale e sociale di noi tutti, rendendo più complessa e problematica la dimensione esistenziale. Si tende a semplificare a tutti i livelli: politico, economico, culturale, didattico, con la ricerca di soluzioni generiche che, tuttavia proprio in quanto tali, sono immediatamente comprensibili senza grandi sforzi elaborativi. Tutto ciò che viene considerato confuso, invece, viene allontanato, rigettato. Manca la capacità di reggere l'incertezza, la sfumatura, il non definito; c'è desiderio di sicurezze, ma ancor di più quello di superare una condizione attuale che sembra non portare verso, parafrasando un testo di Mariagrazia Contini, *figure di felicità e orizzonti di senso*⁸⁶

La richiesta di cambiamento che sorregge lo spirito del nostro tempo passa attraverso la rivendicazione di una realtà non più riducibile a quelle forme di determinismo e riduzionismo tipico dell'approccio scientifico tradizionale che abbiamo avuto modo di trattare in precedenza.

Sia a livello generale, che particolare, assistiamo a moti di protesta che chiedono un ritorno alla prospettiva locale per un vivere sostenibile e rispettoso; un vivere che sia innanzitutto a misura di uomo e della natura che lo ospita. Lo vediamo, ad esempio, nelle dimostrazioni dei "no-global", nelle denunce ecologiste oppure, stando ai contesti sanitari, nei tanti movimenti a sostegno dell'umanizzazione delle cure.

La messa in discussione dei tradizionali paradigmi che per secoli hanno mantenuto la loro egemonia culturale, indica che una nuova sensibilità si sta facendo strada nella società, penetrando anche nei diversi campi del sapere e della pratica, compresa quella sanitaria.

Il concetto che meglio di altri esprime il sentimento culturale contemporaneo è rappresentato dalla prospettiva della *complessità*, che sembra riassumere in sé la portata del cambiamento in corso.

Complexus – dal latino «con nodi»- è l'ordito, ovvero l'insieme dei fili che costituiscono la parte longitudinale del tessuto e tra i quali viene poi inserita la trama a formare l'intreccio del tessuto stesso. Da questa rappresentazione possiamo dire che il *complesso*

⁸⁵ A. Tolomelli, *La fragile utopia. Impegno pedagogico e paradigma della complessità*, Edizioni ETS, Pisa, 2007, pag. 27

⁸⁶ M. Contini, *Figure di felicità. Orizzonti di senso*, La Nuova Italia, Firenze, 1988

si riferisce a tutto ciò che è tessuto insieme, oltre ad essere integro ed integrato. L'idea d'intreccio che ne deriva, che è molto più dei fili che lo compongono, si applica assai bene alle nuove istanze della conoscenza sempre più alle prese con una realtà imprevedibile e problematica.

Complesso non è però sinonimo di complicato. Dal latino cum-plicum - che significa «con pieghe», richiama la piega del foglio che deve essere spiegato per poter essere letto e compreso.

Mentre il *plexum*, come abbiamo detto, è il nodo che forma l'intreccio tipico di un tessuto, che non è possibile sbrogliare senza che vi si perda la sua stessa natura, il *plicum*, invece, è un'alterazione di un andamento piano o rettilineo che spesso si realizza con la sovrapposizione delle parti di uno stesso oggetto, come avviene nella piega di un foglio.

Dall'analogia del «nodo» e dalla «piega» si delineano due prospettive che esprimono situazioni tra loro diverse, seppur complementari e necessarie, per quella che sarà la costruzione della conoscenza.

Se l'approccio complicato è di tipo analitico (il fenomeno per essere spiegato deve essere suddiviso in più parti, studiato e ricomposto), quello complesso è di tipo relazionale e integrato, messo in campo per avere una visione del problema nella sua unitarietà ed interezza.

Si ha complessità quando sono inseparabili i differenti elementi che costituiscono un tutto e quando vi è tessuto interdipendente - interattivo e inter-retroattivo - tra l'oggetto di conoscenza e il suo contesto. C'è complessità nel momento in cui si crea un rapporto di reciproco condizionamento tra le parti e il tutto, tra il tutto e le parti e tra le parti tra di loro.

L'espressione complessità è divenuta una sorta di *koinè*, cioè un modo di dire assai diffuso sia nel linguaggio comune che nel gergo tecnico delle diverse discipline. Ciò comporta un rischio: quello di venire banalizzata, diventando uno slogan, come dice de Mennato⁸⁷, pronunciato a modo di motto orecchiabile e suggestivo, pur destinato a fermare l'attenzione, senza però veicolare il reale significato. In casi come questi, la parola complessità si presenta allora come logora, parafrasando Mariagrazia Contini⁸⁸, poiché viene pronunciata privandola del suo intrinseco e profondo valore semantico.

⁸⁷ P.de Mennato, *La ricerca partigiana; teoria di ricerca educativa*, Liguori, Napoli, 1999

⁸⁸ M. Contini, *Elogio dello scarto e della resistenza*, Clueb, Bologna, 2009

Benkirane⁸⁹, dal canto suo, denuncia come l'espressione complessità sia diventata un modo di dire che non fornisce una spiegazione da una prospettiva epistemica, quanto, al contrario, l'incapacità di descrizione o la confusione nella problematica e della problematica a cui ci si riferisce. In questo modo sarà «complesso» tutto ciò che è di difficile comprensione, ma anche ciò che è caotico da cui consegue l'impossibilità di dare spiegazione e di farne una analisi.

Contrariamente a quanto accade nel linguaggio comune, nei saperi scientifico-disciplinari i termini «complesso» e/o «complessità» vengono pronunciati con cognizione di causa. Essi si riferiscono ad una nuova logica che accompagna il cambiamento di paradigma per definire le vie della conoscenza e comprendere le realtà in cui siamo inseriti.

La linea rossa che ha orientato la riflessione sulla complessità, con la revisione epistemologica centrata sulla considerazione dei valori dinamici tessi in un'unica trama non scomponibile, ha conosciuto importanti sostenitori che vanno da Ilya Prigogine a Gregory Bateson, da Francisco Varela fino a Edgar Morin.

La *teoria della complessità* sostituisce la prospettiva del razionalismo classico, tanto lineare quanto semplificatorio, derivante in larga misura dalla metodologia cartesiana. La critica al paradigma della disgiunzione⁹⁰ ha favorito il passaggio ad una visione del mondo non più sorretta da regole assolute e certe, quanto, invece, da una prospettiva plurale e contestualizzata da cogliere unicamente nel suo insieme. Morin, a tal riguardo, sostituisce al concetto di oggetto quello di *sistema* con l'indubbio vantaggio di studiare non più, e non solo, oggetti - soggetti singoli, ma *sistemi complessi*, cioè, organizzati secondo una struttura nella quale gli elementi in interazione tra di loro costituiscono una entità globale. I sistemi complessi sono più della somma delle parti che li compongono. Sono totalità integrate le cui proprietà non possono essere ricondotte a quelle delle parti più piccole. Le loro proprietà essenziali - o sistemiche - sono proprietà del tutto che nessuna delle parti possiede. Si prenda ad esempio il grado di organizzazione di un qualsiasi sistema che troviamo in natura: dagli organismi biologici al sistema nervoso si compiono in essi una serie continua di livelli di organizzazione e di realtà sempre più integrate e non separabili.

⁸⁹ R. Benkirane, *La teoria della complessità*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007

⁹⁰ Morin così definisce l'approccio scientifico di origine cartesiana, cfr. E. Morin, *I sette saperi dell'educazione del futuro*, Raffaello Cortina, Milano, 2001

Adottare l'approccio sistemico non significa però rifiutare la chiarezza, l'ordine e gli assunti definiti dal sapere scientifico e tecnico; significa, invece, avere la consapevolezza che di fronte a problemi o situazioni complesse tali tesi non sono sufficienti. E' necessario dare spazio a nuove vie epistemiche per poter decifrare la realtà.

Accogliere la complessità significa riconoscere che i problemi e le situazioni che incontriamo non possono essere semplificate - non tanto per incapacità, ma per impossibilità - per via del loro essere intrinsecamente composti.

Le realtà complesse non si giovano di un eccesso di semplificazione per essere comprese. Occorre, perciò, procedere verso prospettive e strumenti più idonei per accostarci alla realtà del complesso; il loro studio necessita di un'attenzione particolare alle relazioni dinamiche tra le parti che le compongono.

Sulla «scia della complessità» si è mosso un movimento epistemologico transdisciplinare che trova nella *molteplicità, nell'integrazione, nella valorizzazione del contesto e nell'incertezza* le chiavi di lettura per cercare di comprendere la realtà.

Data questa digressione generale, cerchiamo ora di riportare il discorso *sulle complessità* che connotano e avvengono nel contesto sanitario.

Spesso sentiamo gli operatori e i curati far uso del termine complesso e complessità. Si parla di *intervento chirurgico complesso*, della *complessità di una malattia*, di *organizzazioni sanitarie sempre più complesse*, di *modelli assistenziali organizzati per complessità*, o ancor più *di paziente complesso*.

Più che a forma di slogan o di parola logora, il «complesso» viene assunto come aggettivo che determina la qualità di una circostanza riferita particolarmente allo stato di salute e di malattia.

È il caso, ad esempio, del geriatra quando si riferisce all'anziana moglie dicendo: «il *quadro generale* di suo marito è molto *complesso*» alludendo, senza alcuna velatura, alla condizione instabile e critica dell'uomo. Una situazione clinica complessa viene considerata non solo difficile, ma ancor più rischiosa. È complessa perché non immediatamente comprensibile, perché richiede particolare attenzione e molteplici interventi e terapie per superarla. Spesso i quadri generali complessi non hanno alcuna diagnosi chiara e benché meno una prognosi certa, o ancor più rassicurante. Talvolta sono quadri complessi anche perché già compromessi. Tali sono le ragioni per cui per nelle situazioni complesse si presta maggiore sospetto e attenzione rispetto a quelle

considerate «ordinarie» e si tende a sperimentare particolari stati d'animo di deriva ansiosa, non soltanto da parte dei familiari, ma anche dei curanti. Questo lo possiamo riscontrare, ad esempio, al termine del consueto «giro visita», quando i medici si incontrano nei loro studi per discutere dei *casi clinici complessi*. Sono i casi più difficili - quelli per i quali non è possibile ricondurre i segni e sintomi ad una interpretazione certa (diagnosi), oppure quando la sintomatologia risulta refrattaria o ancor più ostile al trattamento farmacologico - ad essere portati nei de briefing per la richiesta di una supervisione. Le *situazioni complesse* spesso generano preoccupazione, non soltanto perché non controllabili, ma perché insidiose e facilmente *complicabili* nel momento in cui sopraggiunge una nuova manifestazione morbosa che ne aggrava il quadro clinico. Il riferimento alla complessità lo troviamo, ad esempio, anche nel linguaggio di un equipe infermieristica di assistenza domiciliare quando giunge alla valutazione di una famiglia da prendere in carico. Dopo averne valutato le richieste, letto i bisogni, riconosciute le risorse e comprese le dinamiche la *famiglia complessa* sarà quella che presenterà indici di problematicità meritevoli di un alto grado di intensità assistenziale, facendo presagire notevoli sforzi e particolare attenzione da parte degli operatori nell'erogazione delle cure. Per quanto riguarda l'ambito disciplinare della medicina, recentemente sono apparse nella letteratura biomedica alcune pubblicazioni che trattano di complessità nell'assistenza sanitaria⁹¹, in medicina clinica⁹², in sanità pubblica e in epidemiologia⁹³, fino a trovare lavori che parlano testualmente di *medicina della complessità*⁹⁴. Sono senza dubbio segnali che annunciano una disponibilità al cambiamento per una conoscenza sanitaria più inclusiva e pluralista, rispetto a quella schematica e paradigmatica offerta dalla tradizione biomedica. Ancor più, sono segnali che ci fanno affermare che anche la realtà sanitaria, nei suoi molteplici campi, si sta muovendo in direzione del paradigma della complessità; anche se, a dire il vero, tale fenomeno si è avviato già da tempo.

⁹¹ PE. Plsek, T. Greenhalgh, *Complexity science. The challenge of complexity in health care*. BMJ 2001; 323: 625-628

K. Sweeney, F. Griffiths, *Complexity and health care: an introduction*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002

⁹² T. Wilson, T. Holt, *Complexity science. Complexity and clinical care*. BMJ 2001; 323: 685-688

⁹³ E. Materia, G. Baglio. *Health, science and complexity*. J Epidemiol Community Health 2005; 59: 534-535

⁹⁴ G. F. Gensini, L. M. Fabbri, M. Fini, C. Nozzoli (a cura di), *La Medicina della Complessità*, ISBN 978-88-6453-205-9 (print) ISBN 978-88-6453-209-7 (online) © Firenze University Press

Enrico Materia e Giovanni Baglio⁹⁵ hanno dato riscontro di come le dimensioni della complessità - *molteplicità, integrazione, contesto e incertezza* - siano alla radice dei tanti cambiamenti già in corso nel settore sanitario.

La *molteplicità* si constata particolarmente nell'approccio transdisciplinare e multiprofessionale che sta sostenendo gli attuali processi di cura, oltre che nella messa in campo di nuovi modelli organizzativi per migliorare, ad esempio, le cure primarie. La valutazione multidimensionale dei pazienti così detti «fragili» e l'eclettismo metodologico che si sta facendo strada tra le discipline biomediche, sono altri indicatori che, a parere di Materia e Baglio, esprimono la dimensione della molteplicità.

Per quanto concerne il principio dell'*integrazione* esso viene ricomposto nella multidisciplinarietà dell'assistenza sanitaria e nell'approccio della ricerca clinica che sempre più implementa prospettive epistemiche diverse tra loro. I livelli di integrazione sono presenti anche nell'organizzazione degli ospedali strutturati per «livelli di complessità assistenziale» e nelle reti assistenziali basate sulla cooperazione tra nodi fiduciari di diversi professionisti e servizi.

Materia e Baglio riscontrano, inoltre, come il *contesto* sia diventato una dimensione irrinunciabile per comprendere i fenomeni in campo sanitario. Il contesto è anche un elemento imprescindibile per avviare la ricerca clinica la quale procede nei suoi presupposti e variabili, senza mai perderne di vista la rilevanza.

Infine, *l'incertezza* come elemento di complessità, di cui abbiamo già avuto modo di parlare, viene ricondotta alla cultura del dubbio inteso sia come controllo permanente delle proprie asserzioni, sia come richiamo alla finitezza umana. L'«etica dell'incertezza» sollecita negli operatori la composizione del bilancio tra benefici e rischi di un intervento sanitario e il coinvolgimento degli assistiti nelle decisioni cliniche che li riguardano.

La prospettiva della complessità in più avrebbe permesso di recuperare anche le dimensioni etiche della cura riconoscendo, ad esempio, l'equità come il principio guida del sistema sanitario facendo sì che l'attenzione alle fasce deboli e marginali diventi una priorità operativa⁹⁶.

Ritornando all'assunto di partenza, il mondo sanitario è sicuramente un sistema complesso. La prima fonte di complessità che vi troviamo è data dalla *persona* sia nel

⁹⁵ E. Materia, G. Baglio, *Medicina e verità: tra scienza e narrazione*, in *Recenti progressi in medicina*, Vol. 100, N. 7, Luglio-Agosto 2009 Pagg. 365-370

⁹⁶ cfr. Materia, Baglio, op. cit. pag. 370

ruolo di colui che presta cura che in quello di chi la riceve. Lo afferma Luciano Vettore dalla sua autorevole esperienza di clinico, nonché ordinario di Medicina Interna e past president e consigliere emerito della Società italiana di Pedagogia Medica⁹⁷.

Tale complessità deriva dalla concomitanza delle componenti biologiche, di quelle psicologiche e di quelle sociali che compongono il «sistema umano». L'uomo si definisce, costituendosi, nel suo essere sistema integrato e sofisticato tutt'altro che lineare e prevedibile.

Già Ippocrate, ricordiamo, considerava l'essere umano un *reticolo di complessità* in cui il suo divenire si compiva nelle connessione interna dei suoi elementi costituenti – la teoria dei quattro umori – e contemporaneamente nella relazione esterna con l'ambiente naturale.⁹⁸ Da tale interdipendenza si sarebbero create le condizioni di eucrasia (stato di salute) o di discrasia (malattia); in ogni caso, qualunque fosse il suo stato, la persona veniva vista nella sua globalità.

Una modalità considerata oggi più appropriata per affrontare la complessità del sistema uomo è quello di partire dal suo genoma. Si pensava che l'individuazione della sequenza completa del patrimonio genetico umano avrebbe agevolato i ricercatori nell'affrontare le malattie più comuni con ottima probabilità di individuarne le cause. Così non è stato, e la necessità di analizzarne la complessità ha condotto all'approfondimento dello studio del genoma.

Nella moderna accezione della genetica e della biologia molecolare il termine genoma indica la totalità del materiale genetico di un organismo (sia pluricellulare, sia unicellulare), composto dal DNA o dall'RNA (come in molti tipi di virus, intesi come entità biologiche). Il genoma è l'insieme di tutte le informazioni genetiche depositate nella sequenza del DNA contenuto nel nucleo delle cellule sotto forma di *cromosomi*.

L'assetto genico determina la potenzialità di realizzazione delle caratteristiche fenotipiche⁹⁹ di ciascuno; senza però definirle in modo deterministico. Infatti, le caratteristiche fenotipicamente osservabili di un organismo sono il risultato

⁹⁷ L. Vettore, *Educazione alla complessità nelle cure. Introduzione ai laboratori*, in Tutor, Rivista della Società italiana di Pedagogia Medica, Volume 9, nr. 1, aprile 2009

⁹⁸ Il *Corpus Hippocraticum* riporta un interessante trattato sugli effetti che hanno le arie, le acque, nonché il clima e la posizione geografica sulla salute delle persone.

⁹⁹ Con il termine fenotipo (dal greco *phainein*, che significa "apparire", e *týpos*, che significa "impronta") si intende l'insieme di tutte le caratteristiche osservabili di un organismo vivente, quindi la sua morfologia, il suo sviluppo, le sue proprietà biochimiche e fisiologiche comprensive del comportamento. Questo termine viene utilizzato in associazione al termine genotipo, dove per genotipo si intende la costituzione genetica di un individuo o di un organismo vivente

dell'*interazione* tra il genotipo e l'ambiente. La ricerca dimostra come l'espressione genica sia influenzata dall'interazione tra: i geni e i loro prodotti (es: gli ormoni), geni e fattori ambientali (es: alimentazione, stile di vita) e da eventi che possono verificarsi in modo casuale durante lo sviluppo. Ne deriva che la manifestazione fisicamente osservabile del genotipo, ovvero il fenotipo, dipenda dunque dall'interazione tra espressione genica, fattori ambientali e casuali. Questo spiega le ragioni per cui organismi con uno stesso genotipo non necessariamente presentano uguale fenotipo. È il caso dei gemelli omozigoti aventi un genotipo identico: se cresciuti nello stesso ambiente e sottoposti agli stessi stimoli, avranno fenotipo simile (dalle caratteristiche fisiche al comportamento) e tenderanno ad invecchiare biologicamente in modo simile. Nel caso invece venissero separati, e sottoposti a stimoli ambientali diversi, tenderanno ad invecchiare in modi differenti e questa diversità sarà riscontrabile, soprattutto, nelle caratteristiche fenotipiche. Sul versante opposto, organismi che mostrano uno stesso fenotipo non necessariamente presentano la stessa informazione genetica¹⁰⁰. Questi esempi chiariscono quanto le interazioni ambientali influiscano sul genoma¹⁰¹.

L'epigenetica, branca della genetica che descrive i fenomeni ereditari, aggiunge un grado di complessità all'essere umano: i geni si esprimono in un modo o in un altro, in salute o in malattia, in rapporto a molteplici fattori, che comprendono tutte le interazioni che l'organismo ha con l'ambiente interno ed esterno. Quando si parla di ambiente esterno facciamo riferimento agli stili di vita, all'alimentazione, alle sostanze con cui si entra in

¹⁰⁰ Infatti la condizione di omozigosi dominante e quella di eterozigosi per un dato carattere, pur essendo il genotipo differente, si manifestano con lo stesso fenotipo. Il colore degli occhi ne è un classico esempio: gli occhi marroni possono essere espressione di genotipo omozigote per il carattere dominante (colore marrone) ma anche espressione in eterozigosi del carattere dominante accanto a quello recessivo (colore azzurro) in entrambi i casi il soggetto avrà feontipicamente gli occhi marroni.

¹⁰¹ Il nostro organismo è frutto di molteplici interazioni a livello intra ed inter cellulare, interazioni per lo più silenti. Quotidianamente nel nostro corpo le cellule si riproducono per rigenerare la maggior parte dei tessuti. Nel complesso e laborioso sistema di replicazione e passaggio di informazioni genetiche, un numero di cellule subisce anomalie nel processo riproduttivo, tali anomalie vengono neutralizzate dai sistemi enzimatici di riparazione del DNA e dalla morte programmata (apoptosi) della cellula. Ogni nostra cellula dunque, è soggetto ad un delicato e complesso equilibrio tra riproduzione (necessaria alla rigenerazione dei tessuti) e morte (quando depauperata), l'inefficienza anche solo parziale dei sistemi di riparazione cellulare consente meccanismi di crescita incontrollata o anomala, questo processo, pur nella sua semplificazione in minimi termini, è a base della formazione dei tumori. Le ricerche ci dicono però che molte sostanze come ad esempio gli antiossidanti sono in grado di coadiuvare i meccanismi di riparazione cellulare e prevenire molte malattie oncologiche. Questo porta ad affermare che lo svilupparsi o meno di una patologia degenerativa non è unicamente frutto di errori genetici ma risente fortemente degli input comportamentali che ogni soggetto interiorizza attraverso lo stile di vita. cfr. Cfr.G. Novelli, E. Giardina, *Genetica medica pratica*, Aracne, Roma, 2003

contatto, al tipo di attività lavorativa svolta e relativi rischi professionali, lo stress cronico, ecc.

Tali studi aggiungono un grado di complessità al «sistema uomo», per il fatto che ciò che si pensava immutabile perché scritto nei geni non lo è più: l'uomo è un sistema aperto, imprevedibile, soggetto a modulazioni più che dinamiche tra i suoi geni e l'ambiente.

Ne consegue che lo stato di salute, di malattia e di benessere sono il risultato di interazioni complesse, dinamiche e uniche nell'individuo con sé stesso, con gli altri e con l'ambiente in cui è inserito. L'approccio ai problemi relativamente allo stato di salute infatti non è mai semplice. Tutt'altro.

Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della vita media, ha modificato sostanzialmente lo scenario di cura. Ci troviamo di fronte ad un aumento delle situazioni di cronicità per le quali sono necessari interventi sanitari continui e quasi mai risolutivi.

Ancor più sono cambiate le tipologie di malattie: dalle forme acute, episodiche, con cause ben identificabili e trattamenti specifici (pensiamo alle malattie infettive o alla semplice appendicite), ci troviamo di fronte a stati complessi dove le diverse patologie incidono contemporaneamente sullo stato di salute e sulla qualità di vita della persona; come nei casi di: sindrome metabolica, diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie cronico-degenerative, malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, neoplasie, ecc.

Il cambiamento epidemiologico porta a ricercare nuovi approcci di cura, ma ancor prima a rinnovate forme di comprensione.

La persona portatrice di più patologie non può essere analizzata «smontando» il sistema malattia nelle sue componenti più semplici per prendere ciascuna di esse in esame. Le polipatologie non possono essere ricondotte al modello lineare causa-effetto dal momento che non sono la semplice somma di più patologie.

Se il riduzionismo attraverso un approccio analitico, settoriale e specialistico, portava il medico o qualsiasi altro operatore, a trasformarsi in un simil meccanico che individuata la parte mal-funzionante, ne ripristinava il funzionamento, oggi, con l'approccio sistematico integrato e multidisciplinare cambiano certamente le prospettive di cura. Viene proposta una valutazione integrata delle componenti fisiopatologiche di base sulle singole malattie che coesistono nella stessa persona, prendendone in considerazione anche l'interazione dinamica, sia tra di loro sia con i determinanti non-malattia specifici.

Si stanno ricercando strumenti per valutare la persona nella sua globalità perché è ormai diffusa la concezione che il *malato è complesso*

Secondo Vitale, Cesari e Fini:

Il *malato complesso* è definito dalla diversità genotipica e, quindi fenotipica, dall'intreccio dinamico tra determinanti clinici (malattia-specifici) e non clinici (aspetti genetici inclusa la gene-environment interaction, fattori ambientali, status socio-familiare, status economico, aspetti psicologici, ecc..) e infine dalla disponibilità e accessibilità ai servizi di cura.¹⁰²

L'indagine e la gestione del *malato complesso*, il cui stato di salute non può essere pienamente spiegabile, né predetto, ha portato a considerare non solo i determinanti biologici e non biologici di malattia, ma anche tutte le interazioni dinamiche che tali determinazioni possono avere, al fine di individuare elementi conoscibili che rispecchiano quanto più fedelmente la complessità intrinseca di ogni fenomeno o individuo. Quest'affermazione illustra chiaramente il percorso di evoluzione che la medicina e la ricerca biomedica hanno intrapreso nelle ultime decadi: vi è la tendenza ad abbandonare la vecchia concezione di malattia come focus primario della medicina, a favore di una concezione incentrata sulla persona che prende in considerazione tutti i determinanti, sia singolarmente che nella loro interazione dinamica, che possono influenzare lo stato di salute, sia la percezione che l'individuo ne ha.

Il nuovo approccio si riappropria del *malato* nella sua interezza nel rispetto della complessità che lo caratterizza, mediante un metodo sistematico che integra diverse discipline e professionalità. Il *malato*, non più la malattia, è il focus centrale delle cure sanitarie.

Ne consegue che il concetto di malattia – come anche quelli di eziologia e di prognosi – si libera da una definizione semplice e univoca elaborata sulla raccolta di segni omogenei e incontrovertibili per essere letta, all'opposto, come l'esito di una molteplicità di fattori che nella loro complessità, attribuiscono un contorno sfumato e non differenziato alla definizione stessa, facendo riferimento per certi versi alla logica del *fuzzy set* (insieme sfumati).

Fu il matematico Lotf Zadeh a proporre una nuova teoria sulle categorie a contorni indistinti superando quella dell'insiemistica che propone classi e categorie definite con profili chiari. Nella teoria degli insiemi sappiamo essere le caratteristiche di un elemento,

¹⁰² C. Vitale, A. Cesario, M. Fini, *Il malato "complesso"*, in "La medianica della complessità, op.cit. pag. 19

omogeneo agli altri elementi, a formare un insieme definito, decretandone contemporaneamente la stretta appartenenza all'insieme medesimo. Nella teoria dei *fuzzy sets* tale prospettiva viene ribaltata: un elemento, in generale, non appartiene in maniera netta ad un unico insieme tra tutti quelli che si possono definire, dal momento che è stato provato la possibilità di legarsi a tutti gli insiemi, pur in gradi diversi. Si smonta così quella tendenza rigida e cristallizzata di categorizzazione che porta un elemento ad essere letto unicamente all'interno di categorie date. Il paradigma del *fuzzy*, secondo Corbellini¹⁰³, potrebbe rappresentare un tentativo per rifondare la logica della medicina mediante il superamento della classificazione semplificatrice delle malattie, spesso avviata a partire dall'identificazione di un segno distintivo che porta a considerare la malattia unica e distinguibile. In tal caso i criteri diagnostici delle malattie non si baserebbero esclusivamente su elementi inequivocabili che distinguono una malattia da un'altra, quanto, invece, dall'elaborazione di una costellazione di parametri, segni, sintomi tra loro interagenti, rientranti in categorie *fuzzy*, ovvero in classificazioni dai confini sfumati tutt'altro che rigidi. Come si potrà ben comprendere la tradizionale messa in relazione della causa al suo effetto viene posta in discussione, così come l'approccio analitico, settoriale e specialistico che ha ridotto la malattia a una semplice equazione di elementi scomposti nelle sue componenti più semplici. Il passaggio da forme di informazione lineari, predicibili (causa-effetto) e per certi versi rassicuranti, cede il passo a forme meno ordinate, meno predicibili, tutt'altro che lineari poiché complesse.

Prendiamo come esempio la neoplasia polmonare di cui è stato riscontrato l'impossibilità di definirla all'interno di un singolo criterio inequivocabile – il fumo da sigaretta – dal momento che, seppur in maniera limitata, vi è una sua incidenza anche tra i non fumatori e come d'altra parte, non tutti i fumatori hanno un tumore polmonare. L'equazione fumo/neoplasia non può essere quindi sostenuta come certa, benché si sappia che il 90% di questi tumori sia associato al fumo di sigaretta. Sono questi i casi che ci fanno comprendere come una malattia sia causata da una molteplicità di variabili (genetiche, tessutali, sociali, etc...) che entrano nella dinamica soggetto-ambiente in cui vive, che nella loro interazione possono - o non possono, generare la patologia. Ebbene, la spinta a categorizzare le malattie e ancor più le cause, seppur utile allo sviluppo della conoscenza e ai successi della medicina, si rivela quindi come esercizio riduzionistico dato che non

¹⁰³ G. Corbellini Filosofia della medicina. In: Vassallo N (a cura di). Filosofia delle scienze. Torino: Einaudi 2003

consente di catturare le realtà complesse, multiformi, instabili ed evolutive dei fenomeni legati allo stato di salute e di malattia.

L'approccio *fuzzy* risponde senza alcun dubbio al modello della complessità eco-bio-psico-sociale di cui le scienze della salute, come abbiamo detto, si stanno sempre più appropriando. Tale approccio può essere letto anche come prospettiva gnoseologica che accanto al tradizionale orientamento tassonomico - teso a sistematizzare gli elementi che si ricavano dalla clinica in categorie fisse - promuove un *systems approach*. (approccio di sistema) volto a considerare gli elementi nel loro insieme e non più nella sola analisi delle singoli componenti. Tali sono le ragioni per cui sarà riduttivo continuare a pensare ad una medicina – e ancor più all'assistenza sanitaria in generale - mossa soltanto da processi euristici snelli ed essenziali. Vanno aggiunti nuovi strumenti e nozioni che volgono lo sguardo in direzione di un approccio olistico alle situazioni di salute e malattia.

In questi ultimi tempi sta prendendo piede un approccio integrativo alla medicina originato dalla Systems Biology (Biologia di Sistema o Sistemica) nata per studiare la complessità dei sistemi biologici e il loro comportamento a tutti i livelli di organizzazione molecolare, cellulare e di apparato, sia in condizioni normali che perturbanti. La Systems Biology studia i sistemi biologici attraverso un approccio sistematico che valuta e integra le relazioni e le interazioni dinamiche fra le singole parti di un sistema biologico attraverso una metodologia tecnologica (*high-throughput technology*) capace di misurare biomolecole in maniera rapida, su larga scala e con un'elevata qualità. Principi matematici di modellizzazione, ingegneristici e bio-informatici vengono applicati ai sistemi biologici e alle loro interazioni per esaminare non tanto la "morfologia", quanto piuttosto le caratteristiche intrinseche e costituenti di un singolo organismo – genoma, epigenoma, trascrittoma, proteoma, metaboloma – e come queste, nelle loro diverse configurazioni e interazioni dinamiche, siano espressioni di uno stato "fisiologico" o "patologico"¹⁰⁴. Attraverso l'inserimento in un database di alcuni parametri multi dimensionali derivanti dal sistema biologico (dati di laboratorio, imaging anatomico-patologici) e da fattori non propriamente clinici (storia personale e familiare, assetto ambientale, economico, percezione soggettiva del proprio stato di salute) si cerca di comprendere i meccanismi che regolano le interazioni tra i costituenti fisio-patologici di base.

¹⁰⁴ Cfr. C. Vitale, A. Cesario, M. Fini, *Il malato "complesso"*, op. cit. pag. 27

La *Systems Medicine* che applica le conoscenze apprese dalla Systems Biology nel contesto clinico rappresenta un approccio innovativo finalizzato a comprendere i meccanismi che regolano le interazioni tra i costituenti fisio-patologici di base e i determinanti di malattia non-specifici (biologici, psicologici, ambientali e funzionali). La comprensione dei fenomeni complessi passa attraverso l'utilizzo di due strategie: quella *top down* che da una visione globale scompone l'intero sistema in parti più piccole tra loro interagenti; e quella del *bottom up* che dopo aver analizzato le componenti individuali e le interazioni di sistema, riunisce gli elementi risultanti (clusters) nel sistema complesso, in modo da modellizzarne e comprenderne i meccanismi costituenti.

Il presupposto che sta alla base della *Systems Medicine* è la comprensione della persona, sana o malata, come sistema complesso organizzato in cellule, tessuti, organi e sistemi, in cui le singole parti che la compongono interagiscono fra di loro in maniera dinamica con i determinanti non biologici, da cui si costituisce un singolo e unico sistema funzionale. Lo stato di salute e di malattia non sarebbe altro che la conseguenza di tutte le interazioni, emergenti e dinamiche, tra le varie parti e il tutto e tra ciò che «sta dentro» con ciò che «sta fuori».

L'immagine che si ricava da questo concetto è quella tipica di un sistema complesso: un network o reticolo i cui i fili rappresentanti le singole parti del sistema che si congiungono strettamente tra loro formando dei nodi. Non tutti i nodi però saranno in connessione fra di loro; alcuni potranno essere più strategici di altri a seconda dell'interazione dinamica emergente tra le singole parti e il tutto. Una simile raffigurazione consentirà di comprendere l'analisi integrata di tutte le informazioni e le interazioni derivanti sia dai sistemi biologici sia dai determinanti non malattia-specifici che hanno un ruolo chiave nell'influenzare lo stato di salute della persona. Ma non solo. Essa permetterà di identificarne le priorità di intervento e pianificare una strategia terapeutica e assistenziale sanitaria mirata.

Questo nuovo approccio della medicina, nel cercare di acquisire il maggior numero di informazioni utili ai fini diagnostici, prognostici e terapeutici, consente di mettere in campo percorsi di cura sempre più personalizzati grazie all'attenta valutazione dei determinanti non legati alla malattia che entrano a far parte di quel reticolo che designa il malato come complesso.

Il livello di educazione, la presenza o meno di un adeguato supporto familiare ed economico, la possibilità di accedere alle cure, sono alcuni dei fattori che non soltanto influenzano il decorso delle singole malattie, ma anche la percezione che l'individuo ha del proprio stato di benessere psico-fisico e, dunque, la sua disponibilità/possibilità di aderire in maniera corretta alle cure.

Oltre all'identificazione dei determinanti della complessità, diventa prioritario proporre nuove strategie assistenziali tendenti a superare quel fare prescrittivo conforme ad una logica paternalistica che ha considerato l'ammalato soggetto remissivo e disciplinabile. Una nuova gestione coordinata, multiprofessionale e prolungata nel lungo termine andrà a modificare l'*ontologia delle cure* che dalla malattia si sposteranno all'ammalato, ponendolo al centro del processo di cura.

Il paradigma della complessità che si evidenzia in medicina diventa, in ultimo, l'occasione per riformare le cure sempre più attente a metter in campo un'assistenza qualificata che vorrebbe essere connotata dal morfema latino *multi* che sappiamo, quando anteposto alla radice nominale, formare parole composte il cui significato - «che ha molti» - rimanda ad una dimensione plurale, molteplice e di sistema che ben si integra alla logica della complessità.

Muoversi in direzione di cure *multidimensionali, multiprofessionali e a multilivello* significa offrire un complesso di azioni e riflessioni integrate capaci di fare i conti con le traiettorie reticolari che connotano la complessità della persona malata. Soltanto quando disposte a comprendere - e dirigersi, verso le parti costitutive dell'essere-persona-nella-malattia (multidimensionalità), espresse da più professionisti appartenenti ai diversi profili professionali (multi professionalità) ed offerte all'interno di una rete di servizi integrati, come quello ospedaliero, territoriale, sociale ed educativo (multilivello) le cure potranno inserirsi in progetti personalizzati messi in campo al fine di migliorare la qualità della vita di chi si trova a vivere una condizione esistenziale aperta, complessa e problematica, il cui stato non può essere circoscritto alla sola alterazione della funzione biologica.

Un percorso personalizzato si conformerà e condizionerà le diverse espressioni di cura ai costituenti soggettivi della persona, e quindi non sarà più il malato e la sua famiglia ad adattarsi all'offerta sanitaria, ma il contrario.

1.8. Verso una convergenza dei saperi: transitare i «territori di frontiera»

Scriveva Ippocrate:

Chi vuole dedicarsi in modo corretto all'indagine medica deve fare quanto segue. Anzitutto esaminare le stagioni dell'anno, l'influsso che ciascuna esercita: confrontandole e esaminando i passaggi di stagione non troveremo somiglianza alcuna benché profonde differenze. Si devono poi esaminare i venti, caldi e freddi, con particolare attenzione quelli che interessano tutti i popoli e poi anche quelli locali, propri di ciascuna regione. Si devono esaminare i poteri delle acque: alle differenze di sapore e peso corrispondono per ciascun tipo grandi differenze di potere. Perciò quando si arriva in un città di cui non si ha esperienza, si deve fare attenzione alla sua popolazione, a come è orientata rispetto ai venti e al sorgere del sole. L'orientamento a settentrione o a mezzogiorno, a levante o a occidente comportano influssi diversi. L'esame deve essere il più possibile preciso ed estendersi alla qualità delle acque: si deve vedere se le acque usate sono stagnanti e tenere oppure dure o provenienti da luoghi alti e rocciosi oppure salmastre e difficili da digerire. Quanto al suolo si deve vedere se è spoglio e privo d'acqua oppure ricco di vegetazione e di acque, se è infossato e afoso oppure elevato e fresco. Quanto al mondo della vita degli abitanti si deve vedere cosa preferiscono, se bevono molto, mangiano spesso e sono pigri, oppure se fanno molti esercizi fisici, amano la fatica, mangiano molto e bevono poco.¹⁰⁵

Graziano Martignoni nell'aprire gli atti del seminario "L'interdisciplinare e la cura"¹⁰⁶ cita il suddetto testo avviando una riflessione su quello che dovrebbe essere uno tra i fondamenti di chi sceglie di praticare la cura sanitaria. Ci riferiamo al discorso sulla gestione delle conoscenze in generale, e più nello specifico, all'interdisciplinarietà.

L'invito a «sconfinare», usando una sollecitazione di Mariagrazia Contini¹⁰⁷, i tradizionali recinti del sapere medico-sanitario quali, ad esempio, la biologia, la farmacologia o la patologia medica, per volgere lo sguardo altrove, avvalendosi di altri contributi paradigmatici, è certamente un monito che viene da lontano, come abbiamo appena letto da Ippocrate.

La cura, infatti, ancor prima che una praxis è una riflessione sui saperi, un'indagine sulle molteplici prospettive ed una prefigurazione sulle ampie possibilità che entrano in campo nelle menti del curante e del curato. Prima di curare l'operatore è tenuto ad indagare, interrogare e riflettere sullo stato dei saperi che vengono messi in campo nella quotidianità sanitaria, oltre a cercare di comprendere ciò che si muove nella mente, nei sentimenti e nei desideri dell'altro. Ma di quest'ultimo «movimento» ne parleremo più avanti.

¹⁰⁵ Ippocrate «Arte, acque e luoghi» trad. di Luigi Bottin, Collana «Il Convivo» Edizioni Marsilio, Venezia, in "L'interdisciplinare e i processi di cura", a cura di: G. Martignoni, F. Merlini, Materiali dell'Istituto di ricerca clinica Sasso Corbaro, Edizioni Alice, 1994

¹⁰⁶ Il seminario *L'interdisciplinare e la cura* si è svolto a Bellinzona, Svizzera, dal 15 al 17 ottobre 1993, organizzato dall'Istituto di ricerca Clinica Sasso Corbaro in collaborazione con il Dipartimento di filosofia dell'Università di Pavia.

¹⁰⁷ M. Contini, *Elogio dello scarto e della resistenza*, Clueb, Bologna, 2010

In sintonia con quanto fin qui analizzato, l'infermiere, la dietista, così come il neurologo o il tecnico di radiologia, dovrebbero avvalersi di un sistema di conoscenze e prospettive epistemologiche aperte, diversificate e plurali per comprendere l'insieme delle complessità che si delineano nel corso dell'*ars curandi*. Perché ciò avvenga è necessario che le discipline al servizio della medicina e della cura sanitaria siano messe in discussione sul piano gnoseologico in merito, soprattutto, ai limiti dell'attività del conoscere che si riscontra quando vi è la tendenza a proclamarle - se non addirittura autocelebrarsi - come le principali o le sole in grado di comprendere le realtà dell'uomo e del suo stato di salute/malattia.

Sappiamo che nessuna scienza o prospettiva disciplinare possa essere connotata come la principale ed esaustiva fonte di conoscenza. I diversi codici che caratterizzano le varie scienze non esprimono in modo oggettivo e completo la realtà cui si riferiscono, ma ne selezionano certi tratti costitutivi che quando analizzati, andranno a raffigurare una frazione limitata e definita di una totalità. Tale è la ragione per cui tutte le letture delle realtà, includendo anche quelle scientifiche, devono ritenersi come interpretative, parziali e ristrette. Per questo mai assolute.

Pur composta dai medesimi elementi, la realtà acquisterà via via significati diversi in relazione al tipo di lettura e interpretazione che verrà fatta. Sono quindi i criteri di comprensione e ancor prima i punti di vista dei soggetti ad attribuire significati differenti alla medesima realtà. Più precisamente, qualsiasi avvenimento andrà ad acquistare un senso a seconda che venga letto sotto il suo profilo storico, oppure politico, geografico, economico, estetico, filosofico e via dicendo. Le letture disciplinari, proprio poiché interpretative e parziali, - e quindi non definitive e dogmatiche - dovrebbero essere assunte come libri aperti, con pagine ancora da scrivere, sulle quali vengono impresse figure certamente originali che variano in base al vertice disciplinare di riferimento. In questo modo, come ci ricorda Piero Bertolini, allora *nessun ordine di realtà, nessun tipo di fenomeno, ha la proprietà di cadere per se stesso in un solo ambito disciplinare, né si sottrae al potere interpretativo di ciascuna di esse*¹⁰⁸. Così dicendo un oggetto, un problema, ma ancor più un soggetto, per poter essere compreso e descritto necessita di vertici osservativi plurali in grado di cogliere il maggior numero di prospettive da cui si manifesta. Sono queste le ragioni per cui le logiche monodisciplinari risultano deboli e

¹⁰⁸ P. Bertolini, *Ad armi pari. La pedagogia a confronto con le altre scienze sociali*, Utet, Torino, 2005, pag. 12

non percorribili dal momento che vanno a ridurre la possibilità di giungere ad una conoscenza adeguata e pertinente di una data realtà. Nessuna lettura che incontriamo può essere considerata come quella pienamente legittima, dal momento che solo ricorrendo a letture «altre» saremo in grado di giungere ad una migliore comprensione di un fatto, di una situazione o di un problema .

Accettando fino in fondo la problematicità e la parzialità di ogni conoscenza è possibile placare il rischio di una deriva omnicomprensiva di una scienza, limitando al tempo stesso quello «sguardo unilaterale» di chi vi potrebbe riferirsi in maniera assoluta ed esclusiva.

Anche nei contesti sanitari, dove le singole discipline forniscono con il proprio sguardo una chiave di lettura ed una interpretazione della realtà utili a dare risposte esaurienti ai problemi di salute, un simile discorso trova comunque il suo fondamento: nessuna disciplina, infatti, è in grado di esaurire in sé tutti i più importanti aspetti dell'esperienza salute/malattia.

Se da un lato lo sguardo approfondito – ma parziale - mette in risalto un punto che ingrandito ne rivela i suoi dettagli altrimenti invisibili, come accade con il microscopio, dall'altro non permetterà di cogliere ciò che «sta fuori» a tutto ciò che viene analizzato. Lo sguardo monofocale si esaurisce nella sua visione miope dal momento che la messa a fuoco di un punto determinato e circoscritto va a rendere indistinto e sfumato ciò che gli «sta attorno».

La cura sanitaria si definisce nella coesistenza di diverse prospettive, punti di vista e paradigmi che se tra loro integrati potranno garantire una risposta certamente più adeguata alla complessità con cui si manifesta.

Curare una persona è sicuramente una sorta di navigazione a vista. Una navigazione ardua e rischiosa per via delle incertezze e delle incompletezze che si dipanano lungo il metaforico cabotaggio nelle acque dell'umano.

La cura come viaggio porta inesorabilmente a transitare quei «territori di frontiera» che si caratterizzano come luoghi deputati agli scambi, alle contaminazioni e talvolta anche alla clandestinità e conflittualità. Le frontiere sono linee di confine che delimitano un territorio dall'altro, li distingue e ancor prima li separa. Al proprio interno vi sono norme, culture, linguaggi che confermano l'identità e il senso di appartenenza di chi vi abita, dando al contempo protezione e sicurezza. Le frontiere hanno il compito di dividere e

definire il «dentro» dal «fuori», il «noi» dagli «altri», marcando così le differenze. Ma tra i due bordi di terra e la linea di demarcazione si trova un territorio neutro; un territorio di tutti e di nessuno; un territorio ristretto che connette e che consente il passaggio da un luogo all'altro.

Fuor di metafora, è proprio sul territorio di frontiera che dovrebbero passare, una volta usciti dai propri confini, le prospettive, gli orientamenti e le esperienze che derivano dai saperi che si occupano dell'uomo, della donna, del bambino, dell'anziano, dell'emarginato, ma anche dell'ambiente, della società, della politica, dell'educazione e via dicendo. Ed è su questo territorio «di mezzo» che dovrebbero incontrarsi, entrare in relazione, scambiarsi, mescolarsi e riformarsi tutti i saperi. Ma al momento attuale questo è un fenomeno raro.

Viviamo inseriti in una cultura che preferisce mantenere i confini anziché sdoganare e meticciare i saperi. Le singole conoscenze, pur nella loro specializzazione e approfondimento, sostano all'interno dei recinti dei loro paradigmi. Lo possiamo vedere nei sistemi d'insegnamento di ogni ordine e grado con la tendenza a separare le discipline per spezzettare le realtà in cui siamo inseriti. Sono aumentati i punti di vista disciplinari che studiano i tanti aspetti della realtà in maniera sempre più analitica, promuovendo la cultura del pensiero binario, del bianco o del nero, del tutto o del nulla, come denuncia apertamente Edgar Morin¹⁰⁹ quando si riferisce al paradigma della disgiunzione.

A proposito, sullo studio dell'uomo, Morin scrive:

Nella realtà ecco quello che succede ancora oggi: l'uomo biologico è studiato dalla biologia, l'uomo non-biologico dalla psicologia, oppure dalla sociologia o l'economia. Il cervello è sistemato nel reparto biologia, il pensiero e lo spirito nella psicologia. L'uomo viene letteralmente squartato.¹¹⁰

Si creano senza ombra di dubbio i presupposti per una visione a compartimenti stagni dell'uomo e della sua realtà. Il tutto viene disgiunto, frantumato per essere tradotto e rappresentato in principi assoluti, talvolta tra loro opposti e contraddittori. L'analisi della realtà è affidata a settori particolari e limitati che rendono la conoscenza più approfondita attraverso l'analisi dei caratteri singolari.

L'eccesso di specializzazione è diventato un problema in ogni luogo del conoscere. Corriamo il rischio non solo di non comprendere il mondo nella sua essenza, ma ancor

¹⁰⁹ E. Morin, *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Raffaello Cortina, Milano, 2000.

¹¹⁰ E. Morin, *Il Metodo. Vol 5: L'identità umana* (2001) trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2002, pag. 112

più di non coglierne i problemi fondamentali che si manifestano nella loro complessità e che devono necessariamente essere affrontati in modo globale.

Per comprendere lo stato di salute di una persona, e lo abbiamo più volte ribadito, risulta impossibile ridurla ai pochi tratti schematici di alcuni parametri e indicatori disciplinari; è necessario, invece, tenere conto delle tante sfumature, delle molteplici connessioni, dei nodi, spesso anche contraddittori, che entrano in campo nella rete esistenziale salute/malattia di ciascuno.

La salute, la malattia, e ancor più chi ne è portatore, possono essere compresi solo sviluppando la tesi dell'*unità del sapere* che va al di là degli schemi già dati elaborati dalle singole discipline, spesso in assenza dell'assistito. Tale tesi non si costruisce sui testi scientifici, quanto sul campo per produrre un *sapere in situazione* che prende origine dall'incontro, dal contesto e da tutto ciò che entra a far parte nella relazione di cura tra operatore e assistito. Il curante è tenuto a connettere in un unico sguardo il maggior numero di prospettive e di paradigmi possibili, mettendo così in discussione quella epistemologia ancora troppo legata al modello positivistico di scientificità, nel quale solo gli approcci riduzionistici e deterministici sono considerati gli unici accreditati di valore euristico.

Ammettere la pertinenza e l'importanza della coesistenza di diversi approcci per giungere alla conoscenza, vuol dire promuovere punti di vista che recuperano i significati di tutti gli aspetti singolari, contingenti e irripetibili che vengono espressi nel corso della cura sanitaria e nella relazione interpersonale tra curante curato.

Per un medico, per esempio, tutto ciò significa rendersi disponibile a *dilatare lo sguardo* e, conseguentemente, avere il coraggio di andare al di fuori del classico «territorio istituzionale» riconoscendo, in tal modo, che *tutte le letture* sono legittime per comprendere la realtà dell'uomo e della sua salute.

Nella cura sanitaria numerose sono le prospettive che possono assumere i fenomeni che vi capitano per essere letti, decifrati e compresi per orientare a valle gli interventi.

Vi troviamo in primo luogo la legittimità della lettura anatomico-biologica quando si cerca di comprendere i meccanismi di ciò che accade dentro ad un apparato, un organo, un tessuto o ad una cellula. C'è altrettanto *anche* una legittima lettura chimica quando si somministra una molecola farmacologica per debellare una forma di malattia. C'è sicuramente *anche* una lettura fisica quando si studiano gli effetti di una ablazione

cardiaca per gestire una severa aritmia, osservando le onde di depolarizzazione e ripolarizzazione sul tracciato di un elettrocardiogramma. C'è *anche* una lettura epidemiologica fatta per comprendere l'incidenza o la prevalenza di una data malattia in relazione, ad esempio, ai flussi migratori. C'è una lettura *anche* economica nel momento in cui si decide di distribuire le sempre minori risorse tra le varie Unità Operative di un Dipartimento ospedaliero. C'è *anche* una lettura etica quando l'oncologo deve rispondere alle richieste di un familiare di continuare o meno un trattamento per non cadere in forme di accanimento terapeutico. Ci sono certamente *anche* letture di tipo sociologico, storico, antropologico poiché le esperienze sanitarie sono tra l'altro esperienze culturali. Così come *anche* le letture giuridiche dal momento che i singoli eventi pongono problemi che investono la questione delle norme, del diritto, della bioetica, del bene e del male. Ma *anche* letture psicologiche e pedagogiche quando si vuole comprendere i processi cognitivi, emotivi, i bisogni inespressi, ma anche i desideri, le progettualità, le scelte che caratterizzano il vissuto del singolo assistito. Ed ancora potremmo indicare di tipo politico, statistico, filosofico, ecologico ecc... Tante sono le letture che si possono fare nei territori della cura sanitaria e nessuna può ritenersi comunque più legittima dell'altra.

La legittimità di tutte le scienze impone a ciascuna di esse di stabilire dei rapporti con le altre prospettive non tanto secondo logiche classificatorie in senso tassonomico, per cui vi sarebbero scienze più valide rispetto alle altre, quanto invece di realizzare un «dialogo teorico e pratico» *condotto secondo un'interpretazione paritetica delle diverse scienze coinvolte*¹¹¹, come indica Piero Bertolini. Data questa prospettiva si verrebbero a stabilire rapporti di uguaglianza o, ancor meglio, di equivalenza tra due o più approcci scientifici, limitando quelle forme di ripartizione secondo criteri cristallizzati di rilevanza, prestigio e valore. Così facendo non sussisterebbero più scienze di serie A e scienze di serie B per quanto concerne la cura della salute umana: tutte le discipline, pur con prospettive e funzioni differenti, hanno e mantengono una loro specifica valenza.

La messa in dialogo di discipline tra loro diverse, oltre a svelare le inevitabili differenze, consentirebbe di evidenziare le reciproche connessioni epistemologiche e gli eventuali orientamenti metodologici comuni, al fine di indicare interessanti prospettive di cooperazione per la produzione di metodi di ricerca, concetti e modelli di realtà.

¹¹¹ P. Bertolini, *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomeno logicamente fondata*. La Nuova Italia, Firenze, 1988, pag. 279

Gli esiti di un simil dialogo risultano più che mai proficui in campo sanitario consentendo ai professionisti che appartengono a profili differenti di collaborare, di confrontarsi e di sviluppare forme di contaminazioni epistemologiche utili a promuovere un pensiero globale che articoli e connetta i diversi saperi.

Nel dibattito epistemologico si fa strada una esigenza di *interdisciplinarietà* più che mai concreta e fattiva, poiché solo attraverso tale approccio sarà possibile sviluppare un pensiero globale che comporta l'interdipendenza dei molteplici sistemi che entrano in campo nella realtà sanitaria, di cui abbiamo visto esplicitarsi nella sua complessità.

L'interdisciplinarietà presuppone a sua volta la disciplinarietà, ovvero un complesso specifico di conoscenze aventi caratteristiche proprie sul piano dei concetti, dei meccanismi e dei metodi. Solo conoscendo a fondo la struttura concettuale e metodologica di una disciplina si potranno individuare con chiarezza le possibilità di interazione e di dialogo con gli altri campi del sapere.

La nascita della prospettiva interdisciplinare è da far risalire alla spinta per superare la tradizionale separazione tra le discipline nella scuola (in riferimento alle materie di insegnamento) che ignorandosi tra di loro e non comunicando, hanno portato alla frantumazione della realtà, come ha denunciato Morin. Tale frammentazione crea non poche difficoltà nella mente degli studenti specie quando chiamati a conoscere, comprendere e interpretare il mondo in cui sono inseriti. Per favorire un apprendimento organico, aperto e pertinente negli anni Settanta-Ottanta del secolo appena trascorso, il discorso pedagogico didattico ha puntato l'attenzione sull'interdisciplinarietà per cercare di ricomporre in senso comprensivo ed intersettoriale i contenuti di apprendimento e di esperienza degli studenti¹¹². L'interdisciplinarietà come criterio guida nel discorso educativo e didattico è stato sostenuto per promuovere una formazione integrale dello studente, affinché potesse sviluppare processi logici fondamentali utili a unificare, in una visione di sintesi, le molteplici informazioni che pervengono a ritmo continuo nell'ambiente in cui vive.

Interdisciplinarietà significa, in senso lato, relazione tra più discipline, come ci orienta il prefisso *inter* - in mezzo, tra - che presuppone un rapporto di comunanza o reciprocità fra almeno due punti di riferimento. Per questo l'interdisciplinarietà non può essere confusa

¹¹² Cfr. F. Frabboni, *Manuale di didattica generale*, Laterza, Roma, 1992.

con la mera presenza di più discipline senza alcun cenno di reciproche relazioni. In tal caso si deve parlare di *multidisciplinarietà*.

La multidisciplinarietà – da cui il prefisso *multi* - molti, tanti e più di uno - comporta la presenza simultanea di più discipline curriculari tra le quali non si stabilisce alcuna forma di comunicazione. La multidisciplinarietà rappresenta certamente un primo livello operativo sul piano delle conoscenze o della ricerca, dal momento che apre alla compresenza di conoscenze, risultati o procedure che si traducono nella capacità di riscontrare analogie e differenze tra i diversi approcci, senza però porre in essere alcuna prospettiva di mutua «fecondità».

Quando invece viene a crearsi un'interazione tra due o più discipline si parla di interdisciplinarietà. Essa consiste esplicitamente in una interdipendenza o equivalenza di idee, procedure, strutture provenienti da diverse discipline che vengono messe a confronto. L'interdisciplinarietà si verifica quando, tra due o più scienze, si ha non solo la semplice utilizzazione delle competenze di una di esse (cioè la multidisciplinarietà), ma un vero dialogo o scambio reciproco di informazione tra scienze differenti. Questo porta certamente alla messa a confronto di prospettive diverse, da cui deriva uno sforzo di mutua integrazione fra le differenti discipline. L'interdisciplinarietà è sostenuta dalla consapevolezza della parzialità dei risultati provenienti dalle singole prospettive disciplinari e di come sia necessario avviare un approccio integrato per la comprensione di un fenomeno, di un problema o di una realtà complessa. Nella dimensione interdisciplinare le singole discipline non perdono le loro caratteristiche epistemologiche che devono, invece, essere rispettate e praticate. Tale dimensione crea una rete di rapporti di complementarietà, di integrazione e di interazione che vede le diverse discipline convergere in principi comuni, avvicinando e unificando le parti isolate e i momenti frammentari del sapere specialistico.

La collaborazione interdisciplinare quando ha successo può arrivare a far nascere costrutti *transdisciplinari* producendo metodi di ricerca, concetti e modelli di realtà utilizzabili proficuamente da più scienze, ciascuna, però, nell'ambito del loro oggetto specifico e col proprio metodo. La transdisciplinarietà - il cui prefisso *trans* significa attraverso, al di là, - rappresenta il punto culminante del dialogo tra i diversi saperi. Essa designa la coordinazione complessa di tutte le discipline e interdiscipline per organizzare obiettivi comuni e definire schemi epistemologici in cui l'interazione di metodi e di contenuti si

rileva indispensabile. L'approccio transdisciplinare è quello maggiormente capace di costruire un pensiero globale, in grado di articolare i diversi saperi con la scoperta di nuovi orizzonti unificanti. Non si tratta però di tendere ad nuova scienza da proporre come epistemologia delle attuali discipline. La prospettiva transdisciplinare desidera andare oltre, attraversando e apprendendo da tutte le discipline, per comprendere la complessità in cui siamo inseriti e proporre un approccio in grado di evidenziare i nessi, produrre metafore e acconsentire rielaborazioni semantiche.

Multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e transdisciplinarietà rappresentano tre livelli operativi che hanno una loro fruibilità sia sul piano della gestione del pensiero e della costruzione della conoscenza, sia sul piano della ricerca e della trasmissione dei saperi. Pur a livelli diversi le tre prospettive promuovono una visione diversa da quella tradizionale, certamente più ricca e profonda della realtà che vuole essere compresa nella sua polisemicità e dunque pluralità e molteplicità.

Nonostante l'esser mossi dal medesimo desiderio i tre termini non possono considerarsi tra loro sinonimi e usati in maniera interscambiabile, visto i significati di cui abbiamo appena descritti.

Espressioni come team multidisciplinare, ricerca interdisciplinare e approccio o disegno transdisciplinare per le politiche sanitarie, per esempio, vengono usati con una certa frequenza nei contesti sanitari, seppur pronunciati talvolta con una certa ambiguità. A quest'ultimo fenomeno si deve la realizzazione di alcuni studi e revisioni validate per chiarire tali termini e farne un uso consono non soltanto sul piano concettuale, ma anche operativo, visto che il loro utilizzo in campo sanitario è comunque recente.¹¹³

Dai dati di uno studio¹¹⁴ pubblicato su Medline emerge quanto segue:

- il termine *multidisciplinare* viene usato in particolar modo in riferimento al processo di insegnamento/apprendimento che si realizza mediante la giustapposizione di diverse prospettive scientifiche, in alcune facoltà medico-sanitarie. In questa logica le singole discipline attribuiscono al medesimo fenomeno la propria prospettiva, senza implicare alcun processo di scambio o di integrazione. Così dicendo, ad esempio, per

¹¹³ Lo studio di Choi e Pak hanno riportato come alla ricerca effettuata MEDLINE attraverso le parole chiave "multidisciplinarietà interdisciplinarietà, transdisciplinarietà" si ritrovino pubblicazioni scientifiche a partire dal 1983 che fanno riferimento ai tre termini in maniera intercambiabile.

¹¹⁴ Bernard C.K. Choi, Anita W.P. Pak, *Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*, in Clin Invest Med, Vol 29, n.6, dicembre 2006

lo studio del dolore ci potrà essere una prospettiva neurologica, una anestesiologicala, una psicologica e una antropologica, tra loro non integrate. Nell'ambito organizzativo il termine multidisciplinare viene riferito ad un team di lavoro in cui le diverse professionalità e competenze sono espresse in maniera autonoma e indipendente. E' quello che potrebbe accadere, ad esempio, in un reparto di terapia intensiva pediatrica quando il bambino e la famiglia vengono assistiti individualmente da diversi professionisti, come il pediatra, l'infermiere, l'assistente sociale, il fisioterapista, ecc...senza creare forme strutturate di integrazione e dialogo. I professionisti in una equipe multidisciplinare si trovano a lavorare parallelamente o in sequenza secondo un loro obiettivo specifico riconducibile, in particolar modo, alla disciplina di riferimento.

- L'*interdisciplinarietà* è un termine di frequente utilizzo sia nei sistemi didattici sanitari per dare una visione complessa della conoscenza, sia nell'ambito della ricerca, come quando, ad esempio, la fisica nucleare si integra con la medicina per la ricerca di un trattamento per le neoplasie. In questo caso lo sforzo che si produce è quello di promuovere un lavoro tra le discipline per creare un nuovo approccio che nasce dal confronto e dalla sinergia delle singole prospettive. Da un punto di vista epistemologico viene prodotta una nuova conoscenza che risulta essere più della somma delle singole letture disciplinari. In ambito clinico l'interdisciplinarietà fa riferimento all'organizzazione delle cure basate sul principio dell'interazione e integrazione dei diversi approcci professionali. I membri di una equipe, a differenza di quella multidisciplinare, si trovano a confrontarsi e discutere su un caso, partendo dalle loro valutazioni individuali, per sviluppare programmi e processi concordati ai fini di un obiettivo condiviso, pur mantenendo ciascuno la propria competenza disciplinare di base.
- La *transdisciplinarietà* si propone in ambito sanitario come prospettiva per muovere lo sguardo olistico tendente a guardare all'intero sistema, transcendendo le prospettive comuni delle singole discipline, senza però negarle. È il caso ad esempio dell'ecologia per le politiche di sanità pubblica, o più ancora dell'approccio clinico che integra le scienze naturali, sociali e della salute, così come i saperi non scientifici e soggettivi che vengono a generarsi nel contesti situazionali di cura. Quando applicata ad un'organizzazione sanitaria, la prospettiva transdisciplinare porta i diversi

professionisti a lavorare insieme condividendo la medesima struttura concettuale, aiutandosi reciprocamente ad acquisire anche competenze nuove che portano a possibili margini di espansione delle abilità di base.

Questi approcci rappresentano il tentativo di costruire nuovi linguaggi che nascono dalla valorizzazione della pluralità disciplinare che abbiamo visto rappresenta l'orizzonte stesso della conoscenza.

In medicina e nelle altre scienze della salute e dell'uomo la questione sulla conoscenza non si conclude nella sola questione gnoseologica ed epistemologica, ma assume anche caratteri di natura etica e morale.

Abbiamo già avuto modo di vedere come i codici deontologici del medico e delle professioni sanitarie facciano riferimento alla corretta gestione delle conoscenze per l'esercizio dell'*ars curandi* e di come queste devono essere messe al servizio del *bene* della persona.

L'idea di bene è certamente qualche cosa di più della semplice azione, infatti l'espressione «professionalmente ben fatto» non può limitarsi alle forme di espressione e agli esiti della cura. Troviamo un aspetto ulteriore e certamente più ampio.

Il «professionalmente ben fatto» deve fare i conti anche con tutto ciò che precede e segue l'azione di cura, come il fatto di chiedersi, ad esempio, se il problema di salute è stato affrontato tenendo in considerazione tutte le possibilità di lettura e di comprensione. Saranno allora i quesiti che accompagnano o seguono le azioni di cura a far comprendere verso quale tipologia di bene è diretta la via che si sta percorrendo. E dunque: sono stati colti tutti gli elementi che il problema fa emergere? Le conoscenze che guidano la prassi si riferiscono solo al male, alla patologia che si ha di fronte e all'ottica disciplinare di afferenza? Si sta agendo in una maniera riduttiva e routinaria per comprendere e cercare di agire velocemente?

Queste sono alcune delle domande ci fanno comprendere come il principio di bene sulla cura travalichi le logiche riduzionistiche che tendono a misurare la bontà di una prestazione sanitaria su ambiti mono disciplinari e sull'esito di una performance.

Per capire se ci si sta dirigendo sulla strada «del ben fatto», c'è da chiedersi allora se si sta facendo tutto il possibile per comprendere un dato evento patologico o una situazione problematica, aprendo lo sguardo verso l'insieme degli elementi percepibili, piuttosto che

adoperare il patrimonio cognitivo e professionale in maniera rigida e semplificante che rischia di trasformare il problema in una problematica di natura tecnica.

Qualsiasi professionista, e non solo sanitario, si trova continuamente in una condizione di messa in discussione e di riflessione sul corretto uso delle proprie conoscenze. Prendiamo ad esempio un docente universitario, quando in maniera tecnicamente ineccepibile svolge la propria lezione raccontando ciò che ha studiato e ricercato, secondo il codice dominante della disciplina, senza però dare alcuna attenzione, ascolto e comprensione ai suoi allievi: questa situazione certamente non rimanda all'idea di «ben fatto», ma ad un concetto di prestazione, di attività-lavoro svolta più per dovere che per il bene altrui.

L'idea di bene nasce nel momento in cui le conoscenze vengono rese viventi nel contesto in cui si applicano, evitando così che un ideale di sapere vada a interpretare un oggetto secondo una dimensione impermeabile ad altre forme di conoscenza e di successive categorizzazioni. In questo caso l'idea di bene che sollecita un'azione interdisciplinare si manifesta a livello della produzione di conoscenza, che abbiamo detto precedere l'azione. L'attenzione non andrà posta solamente alla lettura della realtà, quanto al movimento di pensiero che rende possibile, appunto, la comprensione della realtà. Perciò non soltanto quanto e cosa si conosce, ma anche *come* si conosce diventano le istanze da tenere in considerazione, nel momento in cui un operatore vuole agire per il bene del proprio assistito.

Su queste considerazioni il progetto interdisciplinare o transdisciplinare trova il suo fondamento non solo nell'ideologia del dominio di una conoscenza globale, ma anche nella sua finalità, ovvero per il *bene* del soggetto. L'interdisciplinarietà che recupera la sua applicazione nella disponibilità degli operatori a transitare i «territori di frontiera» diventa certamente una risorsa del fare teorico e pratico, ma ad una analisi più fine è possibile constatare come al proprio interno ci sia un qualcosa in più, che recupera i propri fondamenti nei territori dell'etica.

Concludiamo il discorso recuperando il paradigma della complessità che nel disegnare lo sfondo della contemporaneità, ben colloca il discorso sul pluralismo delle scienze e delle diverse prospettive disciplinari nella direzione multi, intra e trans disciplinare.

In tutti i contesti del conoscere e dell'agire, ivi compreso quello sanitario, le scienze dovrebbero collocarsi con una postura più autentica e attuale in grado di acquisire, gestire e organizzare il sapere nella direzione della multivocalità e dell'integrazione. Da ciò la

necessità di moltiplicare gli approcci euristici e i punti di vista disciplinari per evitare di ridurre e semplificare, e lo ripetiamo, l'oggetto della propria indagine.

Perciò, l'impianto interdisciplinare delle scienze che si occupano della cura della salute e della malattia, non potrà essere dato dalla prevalenza della scienza più forte in termini di potere e di tradizione, né tantomeno dalla messa in comune degli esiti dei propri percorsi di ricerca individuali, ma sarà possibile nel momento in cui si attuerà una riorganizzazione delle discipline stesse, che dovranno ripensare il proprio impianto epistemologico alla luce delle sfide, ma anche delle suggestioni, della complessità.

Allora, in questo caso, riprendendo il pensiero di Edgar Morin: *il problema non è tanto di aprire le frontiere delle discipline, quanto quello di trasformare ciò che genera queste discipline: i principi organizzatori della conoscenza*¹¹⁵.

Alle scienze che si occupano di cura e tutela della salute umana spetta in primo luogo il compito di incontrarsi per cercare di chiarire quali sono le proprie relazioni di reciprocità e capire ciò che le rende differenti e talvolta lontane, rispetto a ciò che, invece, le accomuna e le avvicina rendendole simili. Anche in questo contesto, occorre pensare, continuando con Morin, che ciò che è *oltre* la disciplina è necessario alla disciplina stessa, perché questa non si presenti come automatizzata rischiando di presentarsi sterile nelle sue potenzialità¹¹⁶.

Proprio perché la conoscenza si costruisce all'interno di un dialogo e di un movimento che unisce le *parti* e il *tutto*, o che dal *tutto* va alle *parti*, generando nuovi apprendimenti e nuove produzioni, la strada dello *sconfinamento* come ci dice Mariagrazia Contini su terreni prossimi e già sperimentati, ma anche su terreni più distanti e tradizionalmente meno frequenti, diventa l'occasione per aprire una continua ri-definizione e un costante approfondimento dei diversi statuti epistemologici. Sconfinare comporta il non coltivare più le tradizionali sindromi di onnipotenza, per porsi, con rispetto e disponibilità, in una dimensione di ascolto autentico di un altro paradigma, anche e soprattutto quando esso risulta sconosciuto, opaco e, ad una prima apparenza, incomprensibile alle canoniche categorie interpretative.

Ma per sconfinare e connettersi con altre discipline, dice Mariagrazia Contini, è necessario in primo luogo avere la *curiosità, l'interesse di scoprire "l'altra faccia della*

¹¹⁵ E. Morin, *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, op. cit. pag. 20

¹¹⁶ Op. cit. pag. 124

luna", convinti che dal nostro spazio non si possa vedere tutto e dall'altro nemmeno, ma sia importante e sapiente attraversare e analizzare i tratti di congiunzione.¹¹⁷

Sollecitati da questa prospettiva, cercheremo di decifrare la complessità di cui si compone la cura sanitaria non solo dal dentro, ma anche da fuori, osservandola dal territorio di frontiera dove abbiamo detto si connettono e mescolano i linguaggi, i valori, le tradizioni e le idee che derivano da prospettive diverse. Nello specifico, con viva curiosità, cercheremo di capire quali produzioni, quali saperi e quali pratiche vengono a crearsi su una linea di confine che cerca di mettere insieme, far interagire ciò che abitualmente e tradizionalmente, nella cultura sanitaria, insieme non sempre sta. Ci riferiamo in particolar modo all'incontro tra scienze mediche e pedagogia.

1.9. Finestre in dialogo: scienze mediche e pedagogia

Possiamo senza ombra di dubbio affermare che la prospettiva scientifica non può fare a meno di quella umanistica, così come quella umanistica non può fare a meno di quella scientifica. Entrambe, più che essere utili, risultano indispensabili per *costruire la conoscenza*¹¹⁸.

La strada che porta al raggiungimento di un *sapere*, o meglio di un *sistema di saperi*, per come stiamo cercando di decifrarlo - ampio, articolato, integrato e complesso - non è mai unica, ma risente dei tanti elementi messi in campo e delle relazioni che si stabiliscono di volta in volta tra le diverse prospettive epistemiche.

Il problema della conoscenza non è certamente una questione di marginalità, dal momento che la sua qualità e ampiezza orientano le varie interpretazioni sull'uomo, nonché i diversi campi della sua attività, compreso quello della cura sanitaria. Non a caso ritroviamo il problema della conoscenza all'origine dei vari sistemi filosofici che si sono succeduti nei secoli.

L'attività del conoscere è un'esperienza propria di tutte le persone di qualsiasi cultura ed età; essa nasce da un incontro tra il soggetto e il conoscibile. La conoscenza, infatti, si genera dall'esperienza e non altrove. È facendo esperienza di qualcosa o di qualcuno - quali un oggetto, un problema, un racconto, una teoria, ma anche di una persona, di

¹¹⁷ M. Contini, *Elogio dello scarto e della resistenza*, op. cit. pag.

¹¹⁸ Cfr. L. Caronia, *Costruire la conoscenza. Interazioni e interpretazioni in campo educativo*. La Nuova Italia, Firenze, 1997

un'abitudine, dei sentimenti, dei propri vissuti, e via dicendo - che si crea un apprendimento.

Il *prendere dentro a sé*, ovvero l'apprendere, genera conoscenza, consentendoci di acquistare cognizione e comprensione di qualcosa o qualcuno in modo spesso durevole.

Il luogo del conoscere non è però da individuare né nel soggetto, né nell'oggetto, ma nella relazione tra queste due realtà. Superata l'impostazione kantiana secondo cui la conoscenza era un adeguamento della mente dell'uomo alle cose, che separava chi conosce (il soggetto) e il conosciuto (l'oggetto) - entrambi pre-esistenti gli uni agli altri, la conoscenza oggi viene intesa come il risultato di una «costruzione» che si attiva a partire dall'esperienza diretta tra soggetto e oggetto. La conoscenza, per questo, non può essere considerata come l'esito di un processo passivo.

All'origine dell'esperienza conoscitiva c'è sempre una interazione a cui seguono delle interpretazioni dalle quali si definiscono i significati che, derivanti dalla relazione, andranno a connotare e completare la conoscenza.

Questa impostazione propria del costruttivismo, tra i cui maggiori esponenti ricordiamo Jean Piaget, George Kelly, Humberto Maturana, Francisco Varela, Paul Watzlawick, Lev Vygotskij, Gregory Bateson e Ludwig Wittgenstein, sostiene che la conoscenza non sta «al di fuori», indipendentemente da chi conosce, ma si costruisce nel momento in cui si entra in relazione con ciò che si sta conoscendo, trovando quindi la sua collocazione «al di dentro» dei soggetti.

Da un punto di vista pratico l'atto del costruire si compie nell'azione che una persona fa prendendo in mano del materiale per assemblarlo e comporlo, dandogli così una forma nuova. Per costruire qualcosa è necessario che soggetto ed oggetto entrino in relazione tra loro; nessuna costruzione può realizzarsi in assenza del soggetto, come d'altra parte, nessun soggetto può costruire in assenza di uno o più oggetti. La metafora del costruire rimanda fortemente all'immagine del mettere insieme, del comporre e del produrre per realizzare un complesso funzionale o strutturale valido ed efficace, resistente e duraturo nel tempo. La costruzione di una casa o di un ponte, ad esempio, ne esprimono bene il concetto. Ma le costruzioni sono soggette anche ad ulteriori sviluppi: possono essere ampliate, modificate e talvolta anche abbattute, portando a nuove forme che si hanno per via di nuove costruzioni.

Con il costruttivismo si profila nuovamente un concetto già ampiamente trattato in precedenza, valido sul piano epistemologico e ancor più gnoseologico, secondo cui *non si può contare su un fondamento unico e universale di conoscenza*.

La natura del sapere, nel delinearsi come costruttiva e intersoggettiva, si presenta ai nostri occhi parziale, interpretativa e non definitiva. Il sapere, possiamo dire, si apre al non ancora e così al possibile.

La conoscenza comporta in sé *molteplicità e diversità*, senza però sostenere il più radicale relativismo dato che per essa assumerà grande rilievo il livello di relazione che si viene a creare tra i soggetti in dialogo¹¹⁹.

La conoscenza si costituisce allora per la sua provvisorietà che viene a definirsi nei suoi diversi sistemi di espressione. Difatti, a livello di singolo statuto epistemologico o nei dialoghi interdisciplinari, ma anche in quello pratico-operativo della quotidianità, la provvisorietà del sapere non è un fenomeno da superare, ma una caratteristica inevitabile da accogliere e per certi versi tesaurizzare, come abbiamo già avuto modo di approfondire nei paragrafi precedenti, in merito alla transitorietà delle conoscenze nei contesti e nelle teorie medico-assistenziali.

La conoscenza si configura proprio per il suo carattere situato che viene a stabilirsi in base alla collocazione in cui essa avviene. Più precisamente, dato un determinato ambito spaziale, di rapporti, di attribuzioni e di possibilità, si genera un tipo di conoscenza che risentirà sempre e comunque del contesto e dei soggetti in cui essa è stata costruita.

Lo possiamo comprendere se portiamo come esempio la relazione tra un fisioterapista ed il proprio assistito. La conoscenza di entrambi e per entrambi dipenderà da una pluralità di fattori unici e irripetibili che non possono trovare dimora altrove e tanto meno rivelarsi come preesistenti e già dati. Avendo visto che è nella situazione specifica che si costruisce la conoscenza, allora è all'interno di quella relazione, in quel contesto specifico, in un tempo stabilito, implicando il loro essere in «carne e ossa», che fisioterapista e assistito costruiranno la loro conoscenza. Ma non solo.

Entrambi non si limiteranno a riconoscere e a portar dentro solo gli aspetti oggettivi, esterni e nomenclabili, ma faranno di più. Il fisioterapista, ad esempio, dopo aver compreso la patologia, i valori funzionali o gli aspetti caratteriali del paziente, così come dall'altra parte per l'assistito dopo aver letto le caratteristiche somatiche, relazionali e il

¹¹⁹ Cfr. Caronia, op. cit.

livello di professionalità di quel fisioterapista, procederanno individualmente ad arricchire i dati acquisiti. I fatti esterni conosciuti e appresi vengono difatti integrati ad un *processo di significazione* che porta i soggetti ad attribuire significati, sensi e traiettorie personali – ed interpersonali - sulla conoscenza che si sta costruendo.

La conoscenza, infatti, comporta sempre uno slittamento sui significati. Essi però non potranno preesistere solo alla relazione di indagine (in tal caso rimarrebbero pre-giudizi), ma si esprimono, invece, come prodotto della relazione dal momento che si vengono a formulare in seguito.

Se tale concetto può sembrare di facile comprensione stando ad un livello pratico-operativo come nella conoscenza situata tra un soggetto e il suo oggetto (la relazione tra fisioterapista e un suo assistito ne è un esempio), è interessante capire cosa accade quando la conoscenza si costruisce sul piano del dialogo interdisciplinare.

Nel paragrafo precedente abbiamo accennato a come la fisica nucleare quando integrata con la medicina produca saperi utili per il trattamento delle neoplasie, trovando con ogni probabilità significati esemplari per via dell'esito che deriva da tale relazione interdisciplinare. Lo stesso dicasi ad esempio per la chimica, quando espressa in formule farmacologiche, si pone in dialogo con le scienze mediche per cercare di arrestare, ad esempio, alcune fenomeni di degenerazione cellulare.

Ma cosa accade quando si cerca di mettere in relazione saperi che tradizionalmente non hanno livelli formalizzati di collaborazione e che apparentemente sembrano «non aver molto da spartire»? Quali significati si ricavano quando un simile dialogo viene poi considerato, da una delle discipline in campo, come secondario, ambiguo, se non addirittura superfluo?

Cercheremo in questo caso di comprendere quale tipo di conoscenza si possa costruire ponendo in dialogo le tradizionali *scienze mediche* con la *pedagogia*, dal momento che su un piano epistemologico e istituzionale non vi sono forme tradizionalmente strutturate di collaborazione.

Prima di procedere con lo sviluppo della trattazione, è necessario fare una breve precisazione per definire cosa intendiamo quando si parla in questo elaborato delle due discipline.

Per *scienze mediche* il riferimento va fatto alle discipline che a diversi livelli formali e riconosciuti si occupano di cura, di assistenza e riabilitazione della persona, nonché di

cura della malattia e di tutela/promozione della salute. Nello specifico il rimando richiama e rispetta i Settori Scientifico Disciplinari (SSD) emanati dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca.

I settori scientifico-disciplinari sono raggruppamenti di discipline stabilite ai fini di agevolare l'insegnamento universitario nell'ordinamento italiano. Stabiliti con il DM 4 ottobre 2000 per un totale di 370, i SSD sono stati raggruppati in 14 aree (come quelle delle scienze fisiche, scienze giuridiche, scienze mediche, scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche, ecc) e 28 sotto aree o gruppi disciplinari. Con la legge 240/2010¹²⁰ che opera una loro riduzione tramite accorpamenti, viene riconosciuta la corrispondenza dei SSD con i Settori concorsuali e macrosettori la cui declatoria viene presa come riferimento ai fini della presente analisi.

Rientrano nelle scienze mediche:

I settori della *medicina e chirurgia* compresi nelle loro diverse forme di specializzazione e diramazioni. In attinenza ai macrosettori stabiliti dalla Legge 240/10 si riconoscono: la patologia e diagnostica di laboratorio, la clinica medica generale, la clinica chirurgica generale, la clinica medica specialistica, la clinica chirurgica specialistica e la clinica chirurgica integrata, la clinica pediatrica, la clinica ginecologica, la clinica radiologica, la clinica anestesiologicala, la sanità pubblica e la medicina legale e del lavoro.

Le *scienze infermieristiche* il cui settore si interessa dell'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale a essa congrua nel campo della Infermieristica generale e speciale. Sono ambiti di competenza del settore la metodologia della ricerca in campo infermieristico, la teoria dell'assistenza infermieristica, l'infermieristica clinica, preventiva e di comunità, l'infermieristica dell'area critica e dell'emergenza e la metodologia e organizzazione della professione infermieristica¹²¹

Le *scienze delle professioni sanitarie e delle tecnologie mediche applicate* con riferimento all'attività scientifica e didattico - formativa, nonché dell'attività assistenziale a esse congrua nel campo delle seguenti scienze:

¹²⁰ Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario

¹²¹ Con il D.M 12 giugno 2012 n. 159 il settore delle scienze infermieristiche è stato soppresso e accorpato al settore 06/M1 denominato: *Igiene generale e applicata, scienze infermieristiche e statistica medica.*

- Scienze tecniche delle professioni sanitarie assistenziali nel campo delle scienze ostetrico-ginecologiche e neonatali di competenza alle attività di ricerca legate alle figure professionali delle ostetriche.
- Scienze tecniche delle professioni sanitarie diagnostiche attinenti all'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale a essa congrua nel campo delle e dell'attività scientifica e didattico-formativa, nel campo delle Tecnologie biomediche, biotecnologie e scienze tecniche mediche applicate con particolare riguardo alla ricerca traslazionale ad esse correlata ed alla sua applicazione. Sono specifici ambiti di competenza le attività di ricerca legate alle figure professionali delle rispettive professioni sanitarie quali il tecnico di radiologia medica, il tecnico audiometrista e il tecnico di neurofisiologia.
- Scienze tecniche delle professioni sanitarie riabilitative e delle Scienze tecniche professioni sanitarie preventive. Il settore si interessa inoltre dell'attività scientifica e didattico - formativa, nonché dell'attività assistenziale a esse congrua nel campo legate alle figure professionali delle rispettive professioni sanitari quali il podologo, il fisioterapista, il logopedista, l'ortottista, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'Età evolutiva, tecnico di riabilitazione psichiatrica, il terapeuta occupazionale, l'educatore professionale e l' assistente sanitario.
- Tecnica e clinica dell'esercizio fisico e delle sport. con particolare riguardo alla educazione fisica e motoria generali e rivolte a particolari gruppi o classi di età, agli studi clinici per lo sviluppo di teorie, tecniche e metodi per l'allenamento e la pratica delle differenti attività sportive e delle valutazioni dei rendimenti e delle attitudini atletiche ed alla organizzazione ed alla gestione professionale sanitaria dell'educazione fisica e dell'allenamento. Il settore, nel suo complesso ha anche specifica competenza nella ricerca nel campo della metodologia e organizzazione della professioni sanitarie non mediche in esso rappresentate.

Per quanto concerne la *pedagogia* più che fare riferimento alla suddivisione dei settori concorsuali previsti dalla legge in oggetto (pedagogia e storia della pedagogia e didattica, pedagogia speciale e ricerca educativa) in questo lavoro si tiene in considerazione la sua connotazione di *scienze dell'educazione* con un'attenzione particolare agli aspetti di carattere teoretico-fondativo ed epistemologico-metodologico riguardanti i fenomeni

educativi e formativi, oltre alle ricerche a carattere applicativo ed empirico che si svolgono nei contesti sanitari.

Nonostante non vi sia una tradizione consolidata di confronto e collaborazione, nella letteratura italiana si trovano alcuni importanti lavori che trattano della pedagogia applicata ai contesti sanitari. Ci riferiamo in modo particolare ai lavori di autorevoli pedagogisti quali Anna Maria Di Giorgio (1981 e 1990), Francesco De Bartolomeis, (1984), Beccastrini, Nannicini, Piras (1991), Silvia Kanisza, (1992, 1994), Piero Bertolini (1994, 2005), Riccardo Massa et al. (1997), Elisa Frauenfelder (2001, 2002), Lucia Zannini (2001, 2004, 2008), Maria Luisa e Teresa Iavarone (2004, 2008), Patrizia de Mennato (2006, 2011), Vanna Iori (2006, 2011), Paola Manuzzi et al (2009), Giuseppe Carlocontini, (2012) che parlano, sotto diverse prospettive, del contributo della pedagogia all'epistemologia medico-sanitaria.

Sono lavori di studiosi e ricercatori che in forma più o meno sistematica propongono prospettive disciplinari che non rimangono alla sola linea di confine tra le due scienze, ma tentano di avviare forme di dialogo, di collaborazione e di «produzione» epistemologica e sintattica. Non sono perciò da intendersi come manuali di pedagogia da applicare ai contesti sanitari ad uso dei futuri professionisti, ma si riferiscono nella loro peculiarità alla prospettiva, ritenuta come la più convincente da un punto di vista epistemologico, che è propria del *dialogo teorico e pratico* come ha indicato Piero Bertolini nella sua articolata analisi che tratta dell'incontro tra pedagogia e la medicina¹²².

La presa d'atto dell'esistenza e della validità di una disciplina come la pedagogia da parte di un'altra (le scienze mediche in questo caso) – e viceversa, non è sufficiente per avviare un dialogo designato a produrre prospettive epistemologiche nuove e feconde. Al di là delle singole prospettive, tradizioni e campi di applicazione è necessario evidenziare le reciproche connessioni teoretiche e gli orientamenti metodologici comuni esistenti sui due piani. Perciò non si tratta di fare i conti solo con le differenze esistenti tra le scienze mediche e la pedagogia, ma di focalizzare lo sguardo anche sulle similitudini e sui loro campi di integrazione.

¹²² Cfr. P. Bertolini, *Ad armi pari. La pedagogia a confronto con le altre scienze sociali*, Utet, Torino, 2005, pag. 219 e P. Bertolini "Un possibile (necessario?) incontro tra la pedagogia e la medicina, in *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. G. Bertolini (a cura di), Guerini Studio, Milano, 1994

La prossimità, la confidenza, il dialogo e le interconnessioni che si avviano aprendo l'una uno sguardo sull'altra, potranno promuovere forme di cooperazione che mettono in luce prospettive e progettualità epistemiche e metodologiche utili sia in ambito sanitario che educativo.

Presupposto fondamentale affinché tale dialogo possa realizzarsi è il fatto che a priori vi sia la disponibilità, da parte di ciascuna, di attribuire un egualitario valore all'altra prospettiva, a partire dal riconoscimento dello specifico statuto epistemologico. Qualora invece ci si proponesse con posture di superiorità e con derive riduttive - o ancor più banali - tale dialogo non produrrebbe nulla di buono. È doveroso far cenno ad una tale ipotesi, poiché non è raro sentire attribuire alla pedagogia una posizione di debolezza e, ancor più, di non completo riconoscimento del suo statuto epistemologico, generando non poco disordine concettuale soprattutto per chi non è addetto ai lavori. Difatti a livello di senso comune e forse a modo di stereotipo, spesso la pedagogia viene rappresentata come la scienza che si occupa dell'educazione dei bambini, limitandone la funzione di analisi – e dunque anche di intervento, solo ad un ambito specifico della realtà umana. Una simile deriva interpretativa rischierebbe di non sfruttare tutte le potenzialità che il discorso pedagogico conserva nel riferirsi invece a tutti i sistemi del vivere umano, compreso quello sanitario, come vedremo nel corso del nostro discorso.

Perché ci sia dialogo è necessario che le due discipline dispongano di tutte le informazioni utili per poter cercare di parlare uno stesso linguaggio e confrontarsi allo stesso livello. La mancanza di informazioni di una disciplina sull'altra potrebbe compromettere l'esito del dialogo, rischiando di venire falsato per via di un'impostazione formale o di cortesia, piuttosto che esser realmente fondata sul principio dell'integrazione. Solo stabilendo un rapporto paritetico che potremmo definire *ad armi pari*, parafrasando il testo di Piero Bertolini in cui tratta la sua riflessione sul tema in oggetto, sarà possibile avviare un dialogo interdisciplinare come segno di una precisa assunzione di responsabilità culturale e ancor più di *impegno* per cercare di migliorare la realtà dell'uomo.

Con la definizione *ad armi pari* non si vuole qui presentare il dialogo come premessa allo scontro o un invito alla battaglia culturale per superare un conflitto epistemologico. Dal confronto tra scienze mediche e pedagogia non devono risultare né vincitori né vinti, tutt'altro. Giocare *ad armi pari* nei territori di frontiera significa partire da un concetto

di pariteticità disciplinare che sussiste, pur abitando nella differenza di approcci epistemologici, e presuppone il riconoscimento della legittimità delle proprie e altrui competenze.

La funzione del dialogo è in primo luogo quello di avvicinare due posizioni affinché possano conoscersi e comprendersi. Ciò è mediato dalla individuazione di parole, dei linguaggi, dei significati, dei valori e delle metodologie che si scambiano le discipline dialoganti nel corso del loro confronto. Nessun monologo e tanto meno forme di egemonismo disciplinare potranno essere ammesse: le scienze mediche e la pedagogia sono chiamate al rispetto reciproco, dandosi ugual tempo di scambio, per un equo movimento di parole e di silenzi finalizzato a generare ascolto, conoscenza e confronto. Così facendo si potranno ridurre al minimo i rischi di un possibile colonialismo culturale che viene mosso nel momento in cui una posizione cerca di collocare la propria visione del mondo sull'altra. Ricordiamo infatti come i colonizzatori abbiano imposto ai luoghi e alle cose degli *altri* il proprio linguaggio, le proprie abitudini, credenze e valori, esprimendo l'affermazione di un diritto sulla realtà altrui, trattandosi spesso di una minoranza.

Il dialogo tra scienze mediche e pedagogia è chiamato a proporre un lessico nuovo derivante dalla co-costruzione dei significati che nascono dal loro rivelarsi all'interno di una relazione tendenzialmente orizzontale e non verticale, poiché pedagogia e medicina, come scrive Anna Maria di Giorgio *non lavorano solo sulle cose e con mero materiale di esperimento, bensì su autentici avvenimenti della vita di ogni giorno*¹²³. Dal momento che operano concretamente sulla realtà umana, transitando come vedremo territori comuni, è bene che vi sia tra di loro forme di collaborazione a partire dalle reciproche connessioni.

L'orientamento delle riflessioni fino ad ora riportate, lo ripetiamo, poggiano sul concetto che nessuna strada può essere presa in termini assoluti per giungere alla conoscenza. Ogni affermazione è sempre relativa al contesto in cui è nata, in cui vive e nella prospettiva che intende intraprendere. Nessun sapere, approccio o paradigma disciplinare possiede la soluzione a tutti i problemi. Tantomeno nessuna verità o dottrina possono avanzare una pretesa totale sull'uomo, poiché abbiamo detto essere *irriducibile*. L'uomo, come la donna e il bambino, in qualsiasi fase evolutiva essi si trovino nel loro percorso di vita, sono sempre inafferrabili e in continuo cambiamento.

¹²³ A. M. di Giorgio, *Pedagogia e medicina*, Cappelli Editore, Bologna, 1981, pag. 18

La realtà umana può quindi solo essere descritta e valutata in un determinato momento e in una specifica situazione. Ciò comporta la rinuncia di un sapere con pretese di universalità, chiedendo conto ad ogni singola prospettiva disciplinare di abbracciare il più grande numero possibile di dati e di interpretazioni, senza per questo presentarsi come universale. Nessuna prospettiva può essere ritenuta come assoluta, pur stando nel proprio ambito specifico di applicazione. La ripetizione di questo inciso più volte accennato nel corso di questo elaborato, vale sia per la pedagogia - quando tratta dei fenomeni educativi nei contesti familiari, scolastici e sociali, sia per le scienze mediche - quando si riferiscono allo stato di salute e alla cura della persona.

Nei lavori citati che trattano del dialogo tra le due prospettive disciplinari si riscontra come il sapere pedagogico, che emerge dall'analisi empirica dell'esperienza educativa e formativa, possa dare un valido apporto alle scienze mediche e come, sullo stesso piano, queste ultime offrano spunti indispensabili per il procedere dell'analisi e della pratica pedagogica.

Quando in dialogo, le scienze mediche e la pedagogia, possono generare forme di mutua fecondità che svilupperà esiti importanti sia sul piano concettuale che su quello pratico.

Perché ci sia fecondità è necessario che vi sia un avvicinamento; un incontro perlomeno in un piccolo lembo di territorio comune che dall'analisi dei lavori già presentati, trova la sua posizione nella *cura della persona*.

Il *telos* che accomuna le due discipline è la cura, come scrive Giuseppe Annacontini¹²⁴, seppur l'una da un punto di vista sanitario e l'altra nella prospettiva educativa e formativa.

Le *cure* rappresentano lo spazio di intersezione che collega e connette le scienze mediche e la pedagogia.

Abbiamo già detto come curare una persona nell'ottica sanitaria, rappresenti un'arte in grado di trascendere il solo aspetto fisico-biologico per andare oltre, recuperando tutte le dimensioni del vivere, inclusa la prospettiva formativa ed educativa dell'uomo. Lo stesso vale, in forma analoga, per la prospettiva pedagogica: curare una persona nell'ottica educativa dovrebbe rappresentare un'arte tesa a promuovere stati e orizzonti di benessere nella direzione della multidimensionalità del soggetto, ivi compresa quella corporea, per sviluppare percorsi che più o meno intenzionalmente promuovono la salute.

¹²⁴ G. Annacontini, *Dalla mano al pensiero. Nessi di pedagogia e medicina*, Pensa Multimedia, Lecce, 2012, pag. 124

Superata la mera prospettiva tecnico-oggettivistica, che abbiamo comunque visto essere per certi versi utile per il ripristino dello stato di salute e solo dopo aver problematizzato le relative prescrizioni inequivocabili, messe in campo per «aggiustare» o ripristinare una struttura o una funzione corporea, la cura sanitaria può aprirsi alla sua realtà più profonda ed ontologica.

Tale realtà risente dei diversi sguardi disciplinari che dall'origine della sua analisi ad oggi hanno arricchito il senso, le pratiche e il sapere della cura sanitaria, come quello biologico, quello etico-filosofico fino a comprendere anche quello pedagogico.

Dato che il comune terreno di incontro è la cura della persona, in riferimento ai significati originari che appaiono largamente analoghi tra scienze mediche e pedagogia, volendo qui tralasciare la tradizionale classificazione delle discipline (naturali e/o oggettive vs umane e/o soggettive), troviamo un prima attinenza, come sottolineato nel lavoro di Piero Bertolini, sul piano epistemologico che definisce la pedagogia e la medicina come *scienze dell'uomo e per l'uomo*¹²⁵ a indirizzo pratico. Nello specifico si legge:

In particolare, mi pare di notevole interesse, anche per le conseguenze operative che ne derivano, il fatto che entrambe queste scienze hanno individuato il motivo del loro stesso costituirsi nell'esplicito desiderio di aiutare l'uomo, inteso come singolo e come gruppo, a migliorare *in concreto* la sua qualità di vita. Che si trattasse o che si tratti di favorire un processo formativo capace non solo di consentire al singolo individuo (e per suo tramite a tutta la sua specie) di sopravvivere di fronte alle molteplici difficoltà interne ed esterne incontrate quotidianamente, ma anche di ottimizzare quella stessa sopravvivenza favorendo un processo per così dire «cumulativo» della costruzione del sapere (*è questo l'orizzonte in cui si muove la pedagogia*); o che si trattasse o che si tratti di intervenire per soccorrere l'individuo (e per suo tramite l'intera specie) quando risultasse in difficoltà per il sopravvivere di eventi patologici di portata sia individuale sia sociale (*è questo l'orizzonte in cui si muove la medicina*); poco importa. In ogni caso, infatti, ciò che ha contato e che continua a contare, più che un interesse rivolto alla conoscenza per la conoscenza, è stato ed è un *interesse pratico*, anche se esso è andato sempre più trasformandosi da attività suggerita da una spesso causale empiria, ad operatività scientificamente fondata.

La comunanza tra scienze mediche e pedagogia si trova per entrambe nella tensione di aiutare le persone il loro vivere. L'uomo, i suoi bisogni, la sua salute, il suo essere in relazione con gli altri, la sua crescita e la sua progettualità esistenziale, seppur da vertici osservativi differenti e con propositi distinti, rappresentano la ragione d'essere delle scienze qui a confronto, oltre ad indicarne, naturalmente, il campo di studio.

La realtà della cura della persona, sia da un punto di vista della sua salute e dell'educazione, è stata oggetto di numerose riflessioni tutte tese a ricercare pratiche e

¹²⁵ P. Bertolini "Un possibile (necessario?) incontro tra la pedagogia e la medicina, in *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. G. Bertolini (a cura di), Guerini Studio, Milano, 1994, pag. 58

conoscenze che potessero migliorare l'esistenza dell'uomo e della società, e al tempo stesso, attribuire a tali eventi quotidiani una direzione finalistica e contemporaneamente definirne un sistema di valori.

I saperi sull'educazione e sulla cura delle malattie e delle persone si sono costituiti fin dal loro inizio come saperi pratici, senza però tralasciare al proprio interno quelle riflessioni che rimandassero, in forma più o meno esplicita, ad una prospettiva teleologica. Infatti, le riflessioni riferite ai fenomeni sanitari ed educativi, originate su precise istanze empiriche, hanno portato l'uomo a rivolgersi verso gli orientamenti della filosofia (per esempio nel caso della formazione dell'uomo come individuo di una società) e della teologia (come nel caso della sofferenza e della malattia o dell'assistenza spirituale). I rapporti tra filosofia, teologia e tra cura della persona e fenomeni educativi sono stati tra loro stretti e correlati alla luce delle correnti presenti nelle varie dottrine e nei movimenti ideologici che hanno caratterizzato le epoche della storia umana.

Gli assunti politici, culturali ed etici hanno indubbiamente influenzato le modalità di praticare l'*ars curandi* e la guida delle pratiche educative, compresa la produzione di sapere ad esse correlate. Basti pensare, ad esempio, come nel medioevo l'infanzia fosse considerata una condizione inferiore dell'uomo e le pratiche educative, per dare forma ad un adulto miniaturizzato, risentissero fortemente di tale ideologia. Sul versante medico-assistenziale, nel medesimo periodo, è bene ricordare che l'idea di malattia fosse associata prevalentemente al peccato e al castigo divino, portando l'attenzione alla salvezza dell'anima.

Le ragioni storiche della pedagogia e delle scienze connesse alla cura della malattia e della salute come saperi disciplinari, epistemologicamente fondati, iniziano a muovere i primi passi solo tra la metà del XIX sec, quando a seguito delle correnti positiviste abbandoneranno le implicazioni filosofiche e teologiche che le hanno sorrette.

Se la pedagogia si è sviluppata come scienza pratica con lo scopo di sistematizzare e organizzare ciò che storicamente – e perciò concretamente – si è verificato in ambito educativo e formativo, le riflessioni disciplinari sulla cura della salute e malattia hanno perseguito la medesima finalità.

L'esser partiti dalle conoscenze pratiche possedute da medici, infermieri, levatrici e farmacisti da una parte e da educatori, insegnanti, precettori dall'altra, hanno portato a riconoscere e, ancor più tesaurizzare «quei saperi empirici» che ordinati secondo il

metodo induttivo¹²⁶ hanno prodotto un sistema di principi, di modelli concettuali e di teorie che non sono stati fissati in forma speculativa.

Le *strutture concettuali*¹²⁷ proprio perché derivanti dalla prassi hanno reso possibile la composizione di una *struttura sintattica* con la descrizione dei metodi di ricerca, delle procedure di indagine, dei criteri di verifica adottati e del linguaggio da utilizzare per trasferire le conoscenze nella pratica¹²⁸. Tali strutture consentono sia alle scienze mediche e alla pedagogia di assumere uno scopo pratico concernente rispettivamente il miglioramento dello stato di salute e della formazione delle persone, partendo espressamente dall'analisi dei bisogni dei soggetti a cui fanno riferimento, individuando le strategie alla loro soddisfazione.

Per questo le scienze mediche e la pedagogia fanno riferimento ad un *metodo* specifico che sorregge i processi sanitari ed educativi alla luce dei paradigmi scientifici di riferimento.

Per dare risposte accettabili ed efficaci ai bisogni e alle domande espresse dai singoli in ambito sanitario il metodo proposto si differenzia in base alla disciplina e al campo di applicazione del professionista. Troviamo ad esempio il *metodo clinico* proprio dei medici per quanto concerne l'applicazione della medicina e delle sue specializzazioni, il *processo di midwifery* delle ostetriche per quanto riguarda la disciplina ostetrica; il *processo di assistenza infermieristica* in riferimento all'espressione delle cure infermieristiche.

Anche in ambito pedagogico il discorso sul metodo fa riferimento ad una serie di procedure regolate e flessibili legate al contesto in cui si realizza, come nel caso del *metodo didattico* quando si ha a che fare con la facilitazione dell'apprendimento in ambito scolastico, oppure in riferimento ad una particolare teoria o paradigma concettuale come il *metodo montessoriano*, ad esempio, volto a tradurre in termini pragmatici i

¹²⁶ Il metodo induttivo prevede il passaggio dall'osservazione dei fatti all'individuazione delle leggi che li regolano, si differenzia da quello deduttivo che procede avviandosi dalle leggi e dai principi generali per spiegare fenomeni ancora ignoti.

¹²⁷ Trattasi dell'insieme dei concetti tra loro correlati, quali visione sistematica, predittiva, esplicativa dei fenomeni

¹²⁸ Paolo Carlo Motta, riporta in nota l'analogia di J. J. Schwab che ne: *la struttura della conoscenza e il curriculum* paragona la costruzione di una disciplina a quella di un edificio. La struttura concettuale è quella rappresentata dai mattoni delle pareti e dai marmi per il pavimento. La struttura sintattica rappresenta l'intelaiatura portante, gli impianti di collegamento, idraulici, elettrici, ecc.. Cfr. C.P. Motta, *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Roma, Carocci Faber, 2002, pag. 231, nota. 18

principi pedagogici espressi da Maria Montessori all'interno di una concreta realtà educava.

Tanto per le scienze mediche che per la pedagogia avendo come oggetto di indagine la singola persona che assume la funzione di educando o di assistito in relazione al contesto e agli obiettivi di intervento, le metodologie che vengono proposte sono per entrambe le discipline *individualizzate* sulla base delle caratteristiche soggettive degli individui che ricorrono alle cure, sanitarie o educative che siano.

Con la definizione dei concetti e delle prospettive teoretiche, delle indicazioni metodologiche e con l'utilizzo di un linguaggio tecnico specifico condiviso, la cura della persona, nelle sue espressioni pedagogiche e medico-assistenziali, si è potuta emancipare da un livello di empiricità ed estemporaneità offrendo prospettive di pensiero e pratiche scientificamente fondate, che non fossero però alla portata di tutti, ma solo di chi ne possa professare l'appartenenza alla disciplina, come ad esempio per i medici, gli educatori, le ostetriche, e le dietiste.

Questo ha permesso di ricondurre le pratiche di cura in diversi ambiti disciplinari aprendo interessanti orizzonti epistemologici e metodologici che ne hanno dettagliato le caratteristiche paradigmatiche nelle diverse prospettive scientifiche.

Rifacendoci nuovamente al lavoro di Piero Bertolini, dati alcuni criteri di analisi (oggetto, scopo e obiettivi di applicazione) di ciascuna prospettiva scientifica è possibile continuare con l'analisi delle analogie e delle differenze che emergono dal confronto tra pedagogia e medicina.

Se è vero che le scienze mediche e/o della salute e la pedagogia si rivolgono al medesimo *oggetto* che è l'uomo (o meglio *s-oggetto* di studio proprio perché entità soggettiva) è altrettanto vero che esse si differenziano per lo scopo e il campo di applicazione.

Mentre lo *scopo* della cura educativa è la progettazione di un percorso formativo-educativo il cui risultato è in un certo senso lontano nel tempo e non individuabile con precisione (basti pensare al fatto che l'esito dell'educazione non è mai dato e definito, sia nel tempo presente che in quello futuro), la cura sanitaria ha come scopo la realizzazione di un percorso clinico assistenziale il cui obiettivo, invece, è prevalentemente vicino nel tempo e facilmente individuabile.

Se un educatore investe le proprie risorse nei confronti di un *non ancora dato* partendo pur sempre da ciò che è nel potenziale presente di ciascun educando, un medico, un

infermiere o una logopedista, curano nel qui ed ora la persona per rispondere ad un problema reale e potenziale di salute, senza comunque perdere di vista gli esiti che un siffatto intervento può avere su un tempo ancora da venire.

Le scienze mediche e la pedagogia puntano il loro focus sul *presente* dell'uomo e della società, da cui definire e avviare l'operato verso il *futuro*, senza però tralasciare lo sguardo anche alle prospettive *passate* necessarie per poter comprendere gli accadimenti presenti e futuri. Soprattutto nella prassi sanitaria, ma anche in quella pedagogica, il riferimento all'anamnesi si rivela come pratica consueta messa in atto dagli operatori al fine di raccogliere elementi utili per indirizzare verso una diagnosi, oppure per la realizzazione di un progetto educativo personalizzato.

Circa la dimensione temporale entrambe le discipline nel rivolgersi ad un *soggetto attuale, storico* e in *divenire* sono chiamate a improntare i loro interventi sulla base o in funzione di un benessere e di una qualità della vita situazionata nel qui e ora e di un futuro vicino, come la guarigione o quanto meno la scomparsa dei sintomi patologici per le scienze mediche, e il superamento di certe immaturità o analfabetismi, e per l'acquisizione di nuovi apprendimenti per quanto riguarda la pedagogia. Questo però non deve far perdere di vista anche un futuro più lontano, prevedendo in particolar modo che gli interventi sanitari ed educativi avranno a che vedere anche con prospettive di lunga durata, tanto che raramente e solo per certi aspetti limitati può essere verificabile da coloro che ne sono in qualche modo coinvolti.

La tabella che segue tenta di sintetizzare le principali caratteristiche emergenti dal confronto tra scienze mediche e pedagogia, facendo riferimento al discorso fin qui fatto.

	<i>Scienze mediche</i>	<i>Pedagogia</i>
CLASSIFICAZIONE	Scienze dell'uomo per l'uomo	Scienza dell'uomo per l'uomo
FINALITÀ	cura dell'uomo	cura dell'uomo
S-OGGETTO DI STUDIO	Uomo e sua realtà in relazione ai bisogni e problemi legati allo stato di salute/malattia	Uomo e sua realtà in relazione ai suoi bisogni educativi/formativi
CAMPO DI APPLICAZIONE	La realtà della cura dell'uomo e delle sue malattie, nei diversi tempi e spazi	La realtà educativa nei suoi tempi e spazi
SCOPO	Costruzione di un percorso/progetto di cura della salute	Costruzione di un percorso/progetto formativo educativo
METODO DI APPLICAZIONE	In relazione alla disciplina di riferimento, al contesto e al profilo professionale di appartenenza <ul style="list-style-type: none"> - Metodo clinico - Processo di midwifery - Processo di assistenza infermieristica 	In relazione al contesto per conseguire gli obiettivi educativi (metodologia didattica)
TEMPI	Presente, futuro maggiormente definibile	Presente, futuro non sempre definibile

1.10. Connessioni e orizzonti di reciprocità: il contributo della pedagogia alla cura sanitaria

La constatazione delle differenze e delle similitudini epistemologiche unite alle connessioni metodologiche mostrano come tra pedagogia e scienze mediche ci possa essere un proficuo rapporto di continuità e di integrazione. Se tale prospettiva risulta evidente dopo aver posto una prima analisi al discorso interdisciplinare, è solo andando ad osservare i fatti che accadono quotidianamente nei contesti sanitari e in quelli educativi che riusciremo a comprendere con maggiore precisione quali siano i livelli e le entità di connessione e di interdipendenza tra i due paradigmi ora in analisi.

Cercheremo di portare il nostro discorso verso una prospettiva ampia ed integrata con l'auspicio di comprendere gli elementi e i fenomeni di convergenza, di sinergia e di

completamento che sussistono tra i fatti educativi e quelli sanitari. Per questo sarà necessario richiamare alcuni dei tanti avvenimenti che si succedono nei diversi contesti. Vediamo in un primo momento cosa accade all'interno degli ambiti sanitari.

La maggior parte delle prestazioni che si esprimono nel corso di un'azione di cura sono connotate da un'alta specificità, e per certi versi inevitabile, tensione pedagogica. Basti osservare nel corso di una dimissione ospedaliera quando il medico o l'infermiere forniscono informazioni per promuovere la compliance alla terapia farmacologica al domicilio, o quando spiegano i comportamenti e gli stili di vita da adottare per gestire una malattia cronica. Pur sotto forma di informazioni, di raccomandazioni o di prescrizioni, gli operatori sanitari mettono in campo degli interventi educativi che seppur finalizzati alla cura della malattia, assumono una valenza molto più ampia da ricondurre alla cura della persona.

Nel momento in cui un operatore entra in rapporto con un assistito, per via del dislivello che si realizza nella relazione interpersonale, colui che si trova in una posizione di superiorità rispetto all'altro, assume una funzione educativa quanto meno indiretta, come nel caso dell'ostetrica nei confronti della donna che sta partorendo. È infatti all'interno dell'asimmetria culturale ed esperienziale che si generano tutte le relazioni di cura, sia queste educative o sanitarie.

Se l'ostetrica, ma anche un insegnante, non fossero legittimati nel loro essere tali dal fatto di essere collocati in una posizione di maggiore competenza, rispetto ad un assistito o all'educando, perché in possesso di un sapere che quest'ultimo non possiede - per lo meno nelle medesime proporzioni, non si potrebbe avere una situazione clinico-assistenziale o educativa. Si aprirebbero senza dubbi altre forme di relazioni, come ad esempio quella amicale che per certi versi può «curare» ed «educare» ma non nella direzione che stiamo ora analizzando.

La funzione educativa si esplicita in molteplici attività proprie delle cure sanitarie, anche se non sempre se ne rivela una precisa intenzionalità o una preventiva presa di consapevolezza. A modo di dimostrazione proviamo ad elencare alcune attività sanitarie in cui trovano compimento le funzioni educative degli operatori, talvolta da intendersi come veri e propri interventi pedagogici.

È il caso della visita medica, ad esempio, quando il medico interroga, sostiene e propone rimedi comportamentali e farmacologici per migliorare lo stato di salute e/o per

promuovere uno stato di maggior benessere. Nell'assumere la funzione del curante il medico diventa anche un educatore dal momento in cui guida e accompagna, in maniera più o meno costante, il malato lungo il de-corso della sua malattia. Spesso, senza esserne consapevole, il medico interviene e condiziona i processi di crescita e di liberazione del potenziale vitale del suo assistito svolgendo in questo modo un mero intervento maieutico.

La funzione educativa si realizza anche in occasione di un intervento di prevenzione delle cadute nell'anziano quando il fisioterapista, in prossimità della dimissione ospedaliera, coinvolge assistito e familiari spiegando loro quali accorgimenti utilizzare per preservare lo stato di funzionalità fisica; oppure quando in corso di una seduta riabilitativa trasferisce le nozioni teoriche e comportamentali in merito ad una postura che la persona curata dovrebbe mantenere ai fini della sua riabilitazione.

Durante l'insegnamento dei principi della contraccezione o della procreazione all'interno di una classe di scuola di grado superiore l'ostetrica svolge un vero e proprio intervento educativo e formativo. Questi li realizza anche nei corsi di educazione per le donne in menopausa o per la rieducazione dei danni del piano perineale che si svolgono quotidianamente nei consultori distrettuali.

Si compie educazione anche quando la dietista in fase di colloquio spiega alla giovane donna affetta da problemi dismetabolici i principi di un'alimentazione corretta per recuperare e/o mantenere un buono stato di salute.

Anche il logopedista esercita una vera e propria funzione educativa nel momento in cui insegna al bambino che ha in carico le strategie utili per fronteggiare i ritardi dell'evoluzione del suo linguaggio.

Quando un terapeuta occupazionale promuove certe attività finalizzate al recupero delle abilità personali al ragazzo divenuto paraplegico a seguito di un trauma, che dopo un lungo periodo di ricovero ospedaliero è pronto a rientrare nel proprio ambiente personale, domestico e sociale, si realizza in questo caso un vero e proprio intervento pedagogico.

Si compie un'azione educativa, infine, anche quando l'educatore professionale nei confronti dei familiari di una donna che ha appena superato la fase acuta di una psicosi, spiega quali interventi privilegiare per promuovere la gestione di ulteriori disturbi psichici.

Queste sono solo alcune delle tante situazioni in cui le prestazioni sanitarie, al di là della loro natura tecnica, si esprimono come interventi e percorsi educativi a pieno titolo.

Rimanendo sul piano della reciprocità disciplinare, andiamo a vedere, invece, quando le scienze mediche intervengono nei contesti educativi e come, dal canto loro, le azioni pedagogiche possono incidere sullo stato di salute della persona.

Nel momento in cui un educatore si prende in carico un educando, bambino, adolescente o adulto che sia, può svolgere contemporaneamente anche un'azione clinica, che potrebbe rimandare alla cura sanitaria, pur con tutte le differenze e cautele del caso.

Lo possiamo notare quando un'educatrice di un nido d'infanzia rileva comportamenti, segni e sintomi sul corpo di un bambino che fanno presagire l'insorgere di una probabile malattia infettiva. Così come quando un'insegnante di scuola elementare raccoglie alcuni elementi che potrebbero indicare un deficit dello sviluppo psico-motorio del bambino e coinvolge i genitori per valutare la possibilità di ricorrere ad una valutazione neuropsicologica.

Un ulteriore livello di contaminazione tra il pedagogico e il sanitario si riscontra nel momento in cui i diversi e complessi sistemi dell'educazione influenzano lo stato di salute della persona. Senza voler definire rapporti di casualità binaria tra educazione e bene/malessere, si possono riscontrare forme di interdipendenza tra certe relazioni educative e lo stato di salute. È il caso ad esempio di come certe modalità educative (esprese con comportamenti, parole, silenzi ecc) messe in atto dai genitori o da certi insegnanti possano avere delle ricadute sullo stato di benessere - presente o futuro - e sulla qualità della salute dell'educando. In questo caso sono gli atteggiamenti di disponibilità, di presenza gratificante e di incoraggiamento, rispetto a quelli di trascuratezza, umiliazione o disconferma ad influenzare la condizione dello stare bene o stare male con effetti sullo stato di salute sia fisica che psicologica.

Altro ambito in cui l'educatore riceve importanti sollecitazioni dalle scienze mediche, soprattutto sul piano epistemologico e metodologico, è quando in corso di progettualità pedagogica farà riferimento ai concetti di educabilità e di sviluppo derivanti dallo studio delle dinamiche funzionali e delle potenzialità apprenditive del cervello umano, richiamando espressamente la connessione tra neuroscienze e interventi educativi.

Gli esempi fin qui riportati ci fanno comprendere come dalle loro prospettive sia la pedagogia che le scienze mediche sostengono numerosi interventi a favore dello

sviluppo, della formazione, della salute e del benessere del singolo e della collettività, cercando, contemporaneamente, di prevenire e contrastare situazioni di disagio, di malattia e di malessere.

La cura che viene erogata all'interno di un contesto specifico, tenderà a travalicare l'ambito di competenza per cui è stata elargita o richiesta aprendosi ad altro. Sia che ci troviamo all'interno di un intervento marcatamente sanitario o di uno educativo, le azioni, le parole e gli atteggiamenti che vengono proposti dai diversi operatori aprono alle *dimensioni plurali e immateriali del vivere* trovando una confluenza nel terreno di sintesi del ben-essere e dello stare-bene.

Partendo da ambiti definiti, pur mossi da obiettivi differenti, la cura educativa e la cura sanitaria, nel rispetto delle loro azioni e finalità, arrivano ad assottigliare il confine che le separa, per *incrociarsi, congiungersi* in direzione della stessa finalità. Quindi non sono affatto fenomeni paralleli, calati in compartimenti stagni, ma categorie esistenziali che pur nella loro differenza e specificità si intrecciano e combaciano fino a dissolversi in azioni integrate mosse sotto lo stesso orizzonte assiologico.

Per meglio comprendere l'entità di tale affermazione cercheremo di analizzare cosa succede alla nascita di un bambino. E' necessario fare un breve inciso di partenza su questo fenomeno, poiché nonostante la naturalità dell'evento nascita, oggi viene più che mai connotato come elemento specifico e di pertinenza della cura sanitaria. Lo dimostra il fatto che ancora la maggior parte dei parti si realizza all'interno dei contesti ospedalieri.

Dopo aver accolto il neonato l'ostetrica ne valuta lo stato di salute attraverso l'attribuzione di un punteggio stabilito sulla base di alcuni parametri che verificano lo stato vitale e di reazione del neonato (denominato indice di Apgar). A ciò segue l'immediata rilevazione di altri parametri, quali il peso, l'altezza e la circonferenza cranica. Compiute tali misurazioni e verifiche il bambino viene lavato, asciugato e vestito e solo ora pronto ad essere consegnato alla madre.

Con il progredire del tempo le forme di valutazione sanitaria mantengono la loro priorità. Infatti nei primi mesi di vita del bambino si ricorre periodicamente alla consultazione del pediatra, pur in assenza di disturbi e manifestazioni evidenti, per valutare se la crescita del bambino procede senza particolari ritardi o problemi. Il controllo medico-sanitario in questi casi viene pensato ed effettuato soprattutto in termini preventivi senza però limitare l'intervento al mero stato fisico del bambino.

Spesso il pediatra, ma anche l'ostetrica quando ci riferiamo al periodo dell'esogestazione¹²⁹, diventano il solo punto di riferimento dei genitori per tutti i problemi che si pongono nella crescita del bambino, comprendendo anche i dilemmi educativi che si possono riscontrare già nei primi mesi di vita. Allora non c'è da stupirsi se i genitori si rivolgono al pediatra e/o all'ostetrica per esporre quesiti che rimandano ad aspetti di natura educativa, piuttosto che trovare risposte in merito alle sole indicazioni igienico-sanitarie.

Domande inerenti la comprensione di certe manifestazioni comportamentali o atteggiamenti, quali ad esempio la difficoltà del bambino a dormire nel proprio letto, oppure sul come riuscire a decifrare le emozioni particolarmente intense, o anche come stimolare il bambino all'autonomia, vengono spesso poste al pediatra nel corso di una visita medica. Ma ancor più molti genitori desiderano ricevere indicazioni o meglio «prescrizioni» sul da farsi in certe particolari situazioni come, ad esempio, nella gestione del «ciuccio», o per orientare le scelte familiari ben più complesse, come il mandare o meno il bambino ad un asilo nido. Se tali quesiti vengono rivolti al pediatra, prima ancora che all'educatrice di un servizio per l'infanzia o ad un operatore professionalmente preposto all'educazione, come il pedagogo, sta a significare che oltre alla competenza specifica di cura della salute e malattia, per alcune professionalità sanitarie viene riconosciuta una legittima funzione educativa.

Pediatrì, ostetriche, così come gli infermieri che lavorano in certi ambiti pediatrici e le assistenti sanitarie che si incontrano prevalentemente nelle Pediatrie di Comunità nel momento delle vaccinazioni, diventano fin dai primi momenti di vita del bambino figure educative di prima linea esterne alla famiglia. Si rimanda al capitolo successivo per un approfondimento di questo discorso.

Le suddette considerazioni sostengono la tesi che sorregge l'impianto del presente lavoro, secondo cui le dimensioni relazionali ed educative assumono una posizione centrale all'interno della cura sanitaria, in ogni momento e livello in cui essa si compie. Tale è la ragione per cui non solo è auspicabile, quanto più necessario avviare uno scambio dialogico sia di natura teorica che pratica tra pedagogia e scienze mediche. Si tratta nello specifico per entrambe di mettersi nella disposizione di tentare di capire un altro linguaggio e, contemporaneamente, rendere comprensibile il proprio senza darlo per

¹²⁹ L'esogestazione si definisce come il periodo che va dalla nascita ai nove mesi di vita del bambino, andando a crearsi analogie con le fasi che si vivono nei tre trimestri della gravidanza,

scontato. Tramite queste due operazioni anche la pedagogia e le scienze mediche si potranno aprire *alla possibilità di illuminazione reciproche, di idee nuove che non sarebbero sorte se non lì, negli interstizi fra diversi confini*, come riporta Mariagrazia Contini, rifacendosi ad un suo discorso sull'interdisciplinarietà in generale¹³⁰

Da queste considerazioni possono sorgere un insieme di domande e di riflessioni che circondano, sorreggono e discendono da tale incontro interdisciplinare, come ad esempio: quali sono nello specifico gli apporti che la pedagogia può dare alle scienze mediche in termini di concettualizzazioni e di proposte empiriche? In quali ambiti della cura è possibile riconoscere uno statuto pedagogico che si potrebbe definire anche sanitario?

Tenteremo di rispondere a tali quesiti solo dopo aver definito più approfonditamente le coordinate disciplinari e le articolazioni della pedagogia riportando sinteticamente alcuni suoi aspetti essenziali.

Se il termine pedagogia – *pais* (fanciullo), *agogòs* (guida) – originariamente indicava la guida e la conduzione del bambino¹³¹, oggi definisce la scienza che studia le situazioni educative dell'uomo lungo il corso della propria esistenza. L'educazione è di fatto un'esperienza concreta e ricorrente che accomuna tutte le persone nel corso della vita; nessun uomo preso singolarmente può sopravvivere senza che si realizzi un processo educativo.

La pratica educativa ha accompagnato l'uomo e l'umanità fin dalle sue origini: difatti l'uomo da sempre trasmette *principi, norme, comportamenti e saperi* alle nuove generazioni per giungere a condotte socialmente condivise. Attraverso interventi di individui già educati nei confronti delle nuove generazioni si è compiuto, continuando a perpetuarsi nel tempo presente, il processo educativo per riprodurre e ampliare da un lato i valori e le forme della società stessa e, dall'altro, per progettare orizzonti di possibilità volti alla realizzazione della singole esistenze¹³².

¹³⁰ M. Contini, *Elogio dello scarto e della resistenza*, op. cit. pag. 88

¹³¹ Da qui il pedagogo come lo schiavo deputato ad accompagnare i fanciulli alla casa del maestro e proteggerli da possibili rapimenti che potevano avvenire da parte di adulti a scopo pederastico. Dalla metafora del pedagogo, come di *colui che accompagna*, dando al contempo protezione e vicinanza, la pedagogia ha definito di propri orizzonti di senso nei movimenti dell' *andare verso, del condurre*, definendo un fine e una meta, e dell' *accompagnare*, volto allo stare vicino, all'entrare in relazione, al prendersi cura. Cfr. M. Tarozi, *Pedagogia generale. Storie, idee, protagonisti*, Guerini Studio, Milano, 2001, pag 52

¹³² Cfr. G.M. Bertin, M.Contini, *Costruire l'esistenza. Il riscatto della ragione educativa*. Armando, Roma, 1983

Pedagogia ed educazione sono tutt'altro che sinonimi. Alla pedagogia spetta il compito di condurre la riflessione teoretica sulla concreta esperienza educativa che si realizza in ogni luogo del vivere, compreso quello sanitario.

Al di là delle varie interpretazioni che la definiscono come *teoria pura* o *sapere pratico*¹³³ la pedagogia deve fare i conti con il piano della prassi, dell'operatività e delle declinazioni pratiche delle sue elaborazioni teoriche, come d'altro canto abbiamo visto accadere per le scienze mediche.

Per tale ragione lo statuto epistemologico della pedagogia si regge su due modelli, quello teorico e quello empirico, costantemente interagenti. La circolarità di queste due fasi è certamente l'elemento costitutivo della dimensione sistemica della pedagogia.

La storia della pedagogia, almeno per quanto riguarda le teorizzazioni, è strettamente legata alle riflessioni di carattere filosofico, trovando soprattutto nel passato una propria collocazione, dai confini non sempre troppo chiari, a fianco della filosofia generale, teoretica e morale. Solo a partire dalla fine del XIX secolo che la pedagogia ha dovuto fare i conti con l'approccio scientifico caratteristico del positivismo e con le nuove scienze dell'uomo, in particolare con la psicologia e la sociologia. Da questo momento in poi il discorso pedagogico ha iniziato a esprimersi in forme di oscillazione contraddittorie tra un modello educativo di tipo ideologico-filosofico e un modello educativo di tipo naturalistico-scientifico, creando non poche contrapposizioni nel corso del dibattito pedagogico.

Poiché l'educazione fa riferimento ai discorsi valoriali che influenzano le direzioni che incidono sulla costruzione della società e sulla vita degli individui, in campo pedagogico, più che in altre scienze, si assiste ad una netta divisione di prospettive e di opposte tendenze riferibili a scuole di pensiero, talvolta tra loro poco conciliabili. Lo afferma Silvia Kanisza quando constata che *basta aprire un manuale di pedagogia per rendersi conto che ogni autore viene prima di tutto etichettato per la sua appartenenza a una corrente di pensiero (progressista, utopista, laico, marxista e così via) o per la sua adesione alla religione (cattolico, ateo, protestante, ateo, agnostico o altro) e che il suo pensiero viene riletto sulla base dell'appartenenza a una corrente piuttosto che ad un'altra*¹³⁴.

¹³³ M. Tarozzi, *Pedagogia generale. Storie, idee, protagonisti*, Guerini Studio, Milano, 2001, pag. 40

¹³⁴ S. Kanisza, *Pedagogia ospedaliera. L'operatore sanitario e l'assistenza al malato*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1992, pag. 37

Negli ultimi trent'anni, tenuto conto dell'attenta ricostruzione operata da Franco Frabboni e da Franca Pinto Minerva¹³⁵, si sono individuati tre momenti fondamentali della pedagogia italiana che possiamo racchiudere in altrettante dimensioni fondamentali: quella ideologica, quella scientifica e quella utopica. Queste fasi ci segnalano come le riflessioni sull'educazione abbiano tematizzato e argomentato problemi e questioni che l'esperienza educativa ha via via presentato in una data epoca e in un contesto storico-culturale determinante.

Questa è la ragione per cui nel discorso pedagogico si sono sviluppate, e continueranno a manifestarsi, diverse prospettive, correnti e indirizzi. Ricordiamo ad esempio la corrente del personalismo che mette la persona colta nella sua dimensione esistenziale e sociale al centro della propria elaborazione teorica; così come le correnti del problematicismo, dell'esistenzialismo, dell'ermeneutica e della fenomenologia, fino ad arrivare alle prospettive sistemico-costruttiviste e della complessità proprie dei giorni nostri.

Pur non potendo ricavare un'idea unitaria e sistematica di pedagogia, resta valida la sua denominazione come scienza che ha per oggetto l'esperienza educativa a cui spetta il compito di proporre una dialettizzazione dei diversi approcci e dei tanti indirizzi anche quando divergenti.

Data la coesistenza di differenti prospettive, la funzione della pedagogia non sarà quella di spiegare o semplificare l'esperienza educativa, quanto, invece, di comprenderla e mostrarla per quella che è e appare. Oltretutto la pedagogia non è l'unica disciplina in grado di occuparsi dell'agire educativo; molti altri saperi e settori se ne occupano in maniera più o meno sistematica, offrendo dalle loro diverse angolature interessanti letture dell'esperienza educativa. È il caso ad esempio della psicologia nelle sue diverse espressioni (generale, dell'età evolutiva, sociale ecc), ma anche della sociologia e dell'antropologia, così come della biologia, delle neuroscienze che entrano a comporre l'ampio e il complesso apparato delle *scienze dell'educazione*. Avendo più volte sostenuto che ogni singolo modello epistemico disciplinare legge la realtà secondo il proprio linguaggio, le proprie regole e i propri schemi concettuali rischiando così di sviluppare il solo pensiero unico, è necessario, riprendendo il lavoro di Frabboni e Pinto Minerva, che anche la *pedagogia deve avvalersi delle altre scienze dell'educazione che le*

¹³⁵ F. Frabboni, F. Pintominerva, *Manuale di pedagogia generale*, Laterza, Roma-Bari, 1994

*forniscono altrettante chiavi di lettura della realtà e la sottraggono alla sua antica sudditanza a dottrine speculative astratte*¹³⁶.

La pedagogia rifuggendo da ogni formulazione dogmatica è chiamata ad impegnarsi nella progettazione, nella realizzazione e valutazione di un sistema educativo aderente ai problemi di uno specifico contesto storico-sociale e funzionale, oltre naturalmente a favorire la progettazione di individui multidimensionali, dotati cioè di dimensioni culturali ed esistenziali complesse, polivalenti, in continuo divenire¹³⁷

La pedagogia tematizza e promuove un sapere che non è mai dato, ma in continua evoluzione. Per questo è chiamata ad affrontare le nuove sfide del problema educativo in ogni contesto del vivere in stretto collegamento, come abbiamo detto, con le altre scienze dell'educazione.

Richiamando, con qualche messa a punto, la ripartizione operata dai settori scientifici disciplinari stabiliti con il DM 4 ottobre 2000 per quanto contiene l'area delle scienze pedagogiche, si individuano le seguenti aree disciplinari: pedagogia generale e sociale; storia della pedagogia; didattica; pedagogia sperimentale e pedagogia speciale. Ognuna di queste aree si specializza a sua volta in discipline distinte. Vediamo brevemente come.

La pedagogia generale come abbiamo già accennato si occupa dei modelli generali dell'educazione all'interno della dialettica teoria/prassi per sostenere un atteggiamento critico della riflessione teorica. Si avvale delle considerazioni della filosofia dell'educazione quando cerca di assegnare un fondamento criticamente valido all'azione educativa, analizzando a livello teorico i possibili significati dell'uomo, della società e dell'educazione.

La storia della pedagogia studia invece l'evoluzione del pensiero pedagogico individuando le linee evolutive del discorso pedagogico nella sua autonomia e nei suoi collegamenti con le altre discipline e con i sistemi sociali.

Alla didattica spetta la funzione di definire le cornici operative dell'intervento educativo sul piano generale. Raggruppa le ricerche a carattere applicativo e pragmatico che riguardano le tecniche e le tecnologie educative sia in ambito scolastico sia nel più vasto contesto della formazione.

¹³⁶ Op. cit. pag. 365

¹³⁷ R. Canestrari, L. Guerra, *Antropologia, psicologia generale e pedagogia*, Masson, Milano, 1999, pag. 103

La pedagogia sperimentale si propone il controllo scientifico dell'esperienza pedagogica attraverso l'utilizzazione dei metodi sperimentali. Si occupa di ricerche a carattere applicativo ed empirico relative alla valutazione delle competenze, dei rendimenti scolastici e dei processi di formazione, nonché quelle relative alla progettazione e alla valutazione delle tecnologie e tecniche educative e degli interventi nei sistemi scolastici e non.

La pedagogia speciale si rivolge ai problemi educativi dei soggetti che presentano deficit, disabilità e handicap di natura fisica e psicologica prevedendo ricerche e attività di sostegno e di recupero, di inserimento e di integrazione e, in generale, al trattamento pedagogico della differenza.

Con tutte le sue complesse articolazioni la pedagogia trasferisce saperi - teorici e pratici - che si rilevano vantaggiosi e proficui per l'esercizio delle cure sanitarie, con un apporto particolare a tutto ciò che entra in relazione con l'aggettivo «educativo».

Dal momento che i fenomeni educativi pervadono e spaziano nei molteplici settori dell'*ars curandi*, il sapere pedagogico trova occasione di dialogo e di collaborazione con la maggior parte delle aree e delle funzioni appartenenti alle scienze mediche. Tuttavia gli ambiti in cui la pedagogia, con le sue diramazioni, esercita una particolare forme di connessione, collaborazione e condizionamento sono particolarmente tre.

Il primo racchiude tutti gli interventi rivolti al singolo e alla collettività finalizzati a facilitare apprendimenti per tutelare, promuovere ed educare a *stili di vita sani* e tendere verso maggiori stati di benessere. L'attenzione in questo caso viene rivolta in modo particolare alla salute e alla qualità di vita della persona. Rientrano in questo ambito tutte le azioni educative e formative messe in atto sia per *prevenire* - come nel caso degli interventi di promozione e di educazione alla salute, sia per *curare* - come nell'educazione terapeutica rivolta a persone affette da malattie croniche.

Il secondo riguarda il vasto e complesso sistema delle posture educative che in forma più o meno intenzionale hanno effetti sulla *progettazione esistenziale* di coloro che vivono le cure nelle vesti di «paziente». Si tratta nello specifico dell'insieme delle dinamiche comunicative, educative e relazionali che prendono il via dall'*incontro* con l'assistito, e i suoi familiari nei diversi ambiti e scenari della cura. Sono oggetto di una particolare riflessione pedagogica: le relazioni di cura e/o di aiuto che si generano nei diversi contesti; le modalità con cui l'operatore sta-con-l'assistito ed entra in relazione con il suo corpo

e con le sue emozioni; gli orientamenti teorico-pratici per rispondere ai bisogni, ma ancor più ai desideri e promuovere orizzonti di speranza. Più precisamente si tratta dell'ambito di tutte le relazioni educative che si aprono al possibile, ma anche al limite, come nell'accompagnamento alla fine della vita e nella riprogettazione di esistenze colpite dalla malattia. Troviamo anche la dimensione dell'animazione educativa, degli interventi rivolti ai piccoli ricoverati che hanno a che fare ad esempio con il gioco, con il racconto delle fiabe e con tutto ciò che possa rendere il contesto sanitario (e nello specifico quello ospedaliero) il più accogliente e pedagogico possibile

Il terzo ambito, infine, riguarda il territorio della formazione sanitaria, definito da alcuni anche quello della *pedagogia medica*¹³⁸. La pedagogia nelle sue articolazioni non si limiterà a definire i curricula formativi o a promuovere attività didattiche per facilitare la trasmissione e l'acquisizione delle conoscenze, ma interviene sostenendo e incoraggiando tutti quei processi e quelle metodologie necessarie ad aiutare studenti e operatori a *saper sapere* le conoscenze acquisite. Non si tratta però di proporre solo metodologie utili alla costruzione di una competenza tecnica che produce expertise, ma anche di predisporre e sviluppare pratiche di *riflessività* che vorremmo connotare come *pedagogica* da svolgere in corso d'azione o in differita, rifacendoci alla prospettiva di Donald Shon¹³⁹. La pedagogia può collaborare alla formazione dei futuri operatori promuovendo le direzioni dell'impegno, della passione, della curiosità e dell'inquietudine affinché si possa provare stupore di fronte ad ogni uomo curato e accogliere gli scarti, le emozioni e le fatiche che derivano dal sostare professionalmente, ma anche personalmente, nei territori della cura sanitaria. Si profila l'idea di una formazione che guardi al complesso e al contraddittorio e trasferisca il *valore immateriale della cura*¹⁴⁰ attraverso principi, strategie e dispositivi didattico-pedagogici innovativi, in grado di rispondere ai bisogni formativi dei propri interlocutori.

Applicata ai contesti sanitari e alle scienze mediche la pedagoga si presenterà nella sua dimensione aperta, proponendosi con un sapere provvisorio e non definitivo poiché costituito da modulazioni interpretative. Scopo della pedagogia non sarà quello di

¹³⁸ S. Nordio, "Epistemologia della e nella educazione medica", in *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. G. Bertolini (a cura di), Guerini Studio, Milano, 1994

¹³⁹ D.A. Shon, *Il professionista riflessivo*, Edizioni Dedalo, Bari, 1983

¹⁴⁰ P. de Mennato, C. Orefice, S. Branchi, *Educarsi alla "cura"*, Pensa Multimedia Editore, Lecce, 2011, pag. 7

proporre o ricercare leggi, semmai *significati*, poiché come abbiamo già avuto modo di dire il sapere e la conoscenza si costituiscono nel loro carattere situato e interpretativo.

Date queste caratteristiche la pedagogia non si potrà proporre come l'unica e la sovrana prospettiva che guida la comprensione dei tanti fenomeni educativi che si svelano in sanità, ma si presenta come un *qualcosa in più* sollecitando domande, riflessioni, argomenti ma anche comprensioni, dubbi e incertezze. La pedagogia quindi si propone alle scienze mediche come un luogo di scambio e di produzione di un sapere mai dato, ma sempre in divenire e perciò aperto al possibile.

1.11. Sconfinare, incontrarsi e traghettare sulle scie delle scienze bioeducative

Un ulteriore ambito di ricerca che si sviluppa nel terreno di frontiera tra scienze mediche, scienze dell'educazione e pedagogia è quello delle scienze bioeducative¹⁴¹ che si occupano, nello specifico, dell'analisi e dello studio dell'*educabilità umana*, vale a dire della disposizione che tutti noi possediamo per essere educati. Gli studi sull'educabilità rappresentano senza ombra di dubbio le premesse che sorreggono le prospettive pedagogiche a sostegno dei processi educativi e formativi.

Le scienze bioeducative non prendono in considerazione gli aspetti valoriali o filosofici dell'educazione, quanto quelli strutturali, funzionali e processuali che hanno a che fare, in particolar modo, con la formazione della mente umana che regola i processi apprenditivi e di sviluppo ai fini dell'evoluzione dell'uomo.

A partire dagli studi sul cervello portati avanti delle neuroscienze si sono avute importanti informazioni per quanto concerne il quadro interpretativo del rapporto uomo-ambiente, con la possibilità di avviare stimolanti riflessioni in campo pedagogico e, più in generale, sull'educazione e la formazione umana.

L'annosa questione che ha accompagnato il dibattito antropologico e filosofico sull'uomo, visto o come il «prodotto della natura» o come il «risultato della cultura», ha sorretto le discussioni di un passato non troppo remoto, generando proclamazioni di opinioni tra loro divergenti. Ricordiamo a tal proposito come le correnti degli *innatisti*, secondo cui la vita psichica fosse determinata dal patrimonio genetico, si

¹⁴¹ Il riferimento viene fatto iniziando dai lavori pubblicati in Italia da Elisa Fraunfelder: *Pedagogia e Biologia. Una possibile alleanza* (2001) e *le scienze bioeducative. Prospettive di ricerca* (2002) editi da Liguori Editore, Napoli.

contrapponessero a quegli degli *ambientalisti*, per i quali lo sviluppo dell'uomo sarebbe stato da attribuire esclusivamente ai fattori ambientali ed educativi incontrati lungo l'esistenza. Gli inediti e originali alfabeti delle ideologie presenti in queste prospettive portò a sostenere che solamente l'eredità biologica per l'una – o quella culturale nell'altra, fossero rispettivamente le uniche a favorire l'adattamento e lo sviluppo del vivere, sia a livello filogenetico che ontogenetico.

L'uomo e la specie umana sarebbero stati il risultato dell'innato meccanismo biologico la cui spinta evolutiva sarebbe dipesa esclusivamente dalle leggi genetiche presenti in ciascun individuo, oppure, nella prospettiva opposta, il risultato della cultura, dell'educazione e delle esperienze fatte. Questi due domini per molto tempo sono stati tra loro antagonisti, lasciando ai singoli di optare il proprio orientamento per l'una o per l'altra ideologia, senza alcun apparente margine di mediazione.

Dentro questo registro, si iscrive la disgiunzione fra Natura e Cultura che raggiunge il suo punto più alto nella distinzione cartesiana fra *res extensa* e *res cogitans* connotando il pensiero occidentale come foriero di antinomie e contrapposizioni fra le categorie che, a più riprese, ne hanno scandito l'analisi. Pensiamo ad esempio alle dicotomie tra anima e corpo, spirito e materia, soggetto e oggetto, ecc...elementi polarizzati che nascono da una conoscenza che si costruisce sulla dimensione della contingenza e della approssimazione, privata di sguardi integranti e complessi. Tutto rimaneva unilaterale e, quindi, disgiunto.

Soltanto a partire dal 1953 con l'identificazione molecolare del DNA e del codice genetico, (trovando il suo apice nel 2000 con la mappatura del genoma umano) e in seguito con la possibilità di vedere e comprendere i processi del pensiero attraverso le neuroimmagini, è stato possibile dare una risposta a tale dibattito, attribuendo una sicura e incontrovertibile *interdipendenza* tra i fattori ambientali e quelli genetici.

L'uomo, la donna, il bambino, così come l'intera specie umana altro non sono quindi che soggetti dinamici risultanti dall'interazione *tra* i fattori biologici ereditati e *tra* i fattori storico-culturali con i quali entrano in relazione attraverso un'esperienza diretta. Hower Gardner psicologo interessato alle questioni cognitive con forti orientamenti pedagogici, celebre per la sua teoria sulle intelligenze multiple, dichiara che i fattori genetici sono responsabili per il cinquanta per cento dello sviluppo del soggetto, mentre le influenze

ambientali sovrintendono al restante cinquanta per cento¹⁴², enfatizzando come la dimensione della cultura influenza il modo con cui le potenzialità umane si sviluppano.

I fattori genetici insieme ai fattori ambientali ci modellano e *ci formano*, usando qui una accezione propria della pedagogia, dandoci la possibilità di adattarci e di organizzarci negli ambienti in cui viviamo. Ciò significa che ciascuno di noi si presenta al mondo con una propria potenzialità genetica ereditariamente acquisita, ma sarà la stimolazione ambientale a condizionare e a concretizzare le particolari direzioni di tali potenzialità. Vediamo come.

I recenti lavori dello psichiatra infantile Daniel J. Siegel¹⁴³ dimostrano come il cervello umano, formato da circa cento miliardi di cellule nervose, venga influenzato sia dagli accadimenti esperienziali che da quelli ereditari secondo una dinamica complessa ed articolata di interazioni, sinergie e integrazioni.

Dai numerosi studi presentati nelle sue opere, emerge come tutte le esperienze quotidiane che si compiono nei primi momenti della vita determinano l'attivazione dei circuiti neurali andando a consolidare quei «collegamenti» già presenti alla nascita e, contemporaneamente, promuovono la creazione di nuove sinapsi, favorendo un reale sviluppo cerebrale. Il fenomeno contrario avviene, invece, per quanto concerne l'assenza di stimoli ambientali. La deprivazione di esperienze, specie nei primi anni di vita, porta a veri e propri eventi di morte cellulare, in base a quello che viene descritto come un processo di «potatura» o *prunning*, che consiste nell'eliminazione di tutti quegli elementi neurali, presenti alla nascita, che non vengono stimolati.

Spiega Siegel:

I bambini nascono con un eccesso di neuroni geneticamente programmato; successivamente, i meccanismi che portano alla formazione delle connessioni nervose sono regolati sia da informazioni genetiche, che garantiscono l'organizzazione generale delle strutture cerebrali, sia dell'esperienza dell'individuo, che possono determinare quali geni vengono espressi, come e quando. L'espressione genica porta alla sintesi di proteine che consentono la crescita neuronale e la formazione di nuove sinapsi; le esperienze, attraverso l'attivazione di circuiti nervosi specifici, influenzano direttamente le modalità con cui i geni vengono espressi e quindi la creazione, il mantenimento e il rafforzamento dei collegamenti neurali che formano il substrato della nostra mente. Nelle prime fasi della nostra vita, le relazioni interpersonali sono la fonte primaria delle esperienze che modulano l'espressione genica a livello cerebrale¹⁴⁴

¹⁴² H. Gardner, *Sapere per comprendere. Discipline di studio e discipline della mente*, Feltrinelli, Milano, 1999

¹⁴³ D. J. Siegel, *The Developing Mind (1999) e Parenting from the inside* (con M. Hartzell, 2003) tr. it. ne "La mente relazionale" e "Errori da non ripetere" editi da Raffaello Cortina, Milano

¹⁴⁴ D. Siegel, *La mente relazionale*, op. cit. pag. 13.

Il cervello si sviluppa secondo un processo definito *esperienza-dipendente*, tale per cui non sarà tanto il corredo genetico di partenza a definirne la struttura, quanto, invece, le relazioni con l'ambiente e le esperienze che il singolo vi compie.

Il cervello, infatti, alla nascita è l'organo in assoluto meno differenziato di tutta la nostra struttura biologica; saranno le esperienze precoci a costituirne e a modellarne la sua architettura.

Essendo in grado di modificare la propria struttura e le funzioni che ne derivano, il cervello viene definito *plastico*. Tale duttilità è da far risalire più precisamente alla *plasticità neuronale*, vale a dire alla capacità che il Sistema Nervoso ha di produrre o di eliminare sinapsi e di procedere alla progressiva mielinizzazione delle fibre nervose, così come di portare variazioni nella concentrazione di neurotrasmettitori e dei sistemi della loro neutralizzazione e di variare il numero dei recettori dei differenti neurotrasmettitori. La plasticità neuronale si costituisce come un fenomeno complesso, tutt'altro che omogeneo e indifferenziato al suo interno.

Catherine Malabou evidenzia tre differenti livelli di plasticità finalizzati rispettivamente allo *sviluppo*, alla *modulazione* e alla *riparazione cerebrale*¹⁴⁵.

Se la plasticità di sviluppo è quella che si trova alla nascita, deputata a modellare il cervello secondo un processo di modellamento differenziato e personalizzato, la plasticità di modulazione, che succede alla prima, consente ai circuiti neuronali di modificare le connessioni sinaptiche sin lì realizzate per potenziarle o indebolirle. Si tratta nello specifico di modificazioni che seguono i processi di apprendimento e che inducono l'individuo a ridefinire le condizioni del proprio processo di adattamento all'ambiente. La plasticità di riparazione, invece, si esprime sia nella capacità di compensare alcune lacune provocate da danni o lesioni cerebrali, sia nella produzione di nuove connessioni sinaptiche che seguono un rinnovamento neuronale, detto anche neurogenesi secondaria. I processi riparativi non potranno però provocare un rinnovamento cellulare massiccio, (un simil evento potrebbe compromettere la stabilità del cervello e della memoria) ma promuovono ristrutturazione parziali delle informazioni sin lì codificate. Quindi, se in passato si pensava che una volta terminato lo sviluppo cerebrale non fossero possibili

¹⁴⁵ C. Malabou, *Cosa fare del nostro cervello*, Armando editore, Milano, 2007

processi di rinnovo neuronale, ricerche recenti hanno dimostrato l'esistenza di «cellule ceppo» in grado di consentire la generazione di nuovi neuroni a tutte le età della vita.¹⁴⁶

Per via della sua plasticità il cervello si configura come una grande opera in movimento. Per tutto il corso della vita i singoli neuroni si attivano o si disattivano a seconda della storia, degli eventi che accadono fuori e dentro e dei significati che vengono dati. Si comprende la ragione per cui il cervello non sia un organo statico che mantiene la stessa struttura o funzione per l'intera esistenza, come avviene, ad esempio, con il cuore o il fegato, salvo eventi degenerativi o patologici, ma è una struttura vivente, in grado di rimodellarsi sempre grazie al rapporto con gli eventi esterni. Il cervello così, richiamando una definizione di Catherine Malabou, è come *un regista cinematografico* che nell'elaborare al proprio interno informazioni esterne, *riporta un'immagine reale del mondo*. Le esperienze che si fanno a partire nei primi momenti di vita, infatti, stimolano l'attività neuronale, la quale favorendo la formazione di nuove sinapsi, oltre a determinare la struttura anatomica generale dell'encefalo, ne condiziona anche le funzioni.

Il principio di fondo che troviamo alla base delle scoperte neuroscientifiche porta a sostenere come le esperienze che vengono fatte - *ma anche quelle che non vengono fatte* - soprattutto nei primi anni di vita del bambino, abbiano un ruolo importante nel determinare non soltanto quali informazioni arrivano alla mente, ma anche la modalità con cui la mente sviluppa la capacità di elaborare tali informazioni.

L'ambiente esterno, come ci ricorda Elisa Frauenfelder, attraverso le vie percettivo-sensoriali perviene al cervello il quale tratta, seleziona e immagazzina le informazioni che verranno utilizzate secondo specifiche finalità¹⁴⁷. Perciò la realtà che ciascuno di noi incontra lungo il corso della propria esperienza, sarà specificatamente legata al modo in cui viene selezionata, immagazzinata ed elaborata all'interno del cervello.

In più, se rimaniamo nei primi anni di vita, le informazioni che vi entrano contribuiranno in maniera specifica al processo di differenziazione e di specializzazione del cervello.

La conoscenza del mondo diventa in questo modo un'esperienza altamente soggettiva per il suo essere dipendente dai meccanismi cerebrali che si innescano e che a loro volta, andranno a sviluppare risposte singolari tutt'altro che stereotipate e tantomeno definibili specie-specifiche. Per capire meglio tale fenomeno possiamo citare i numerosi studi

¹⁴⁶ Cfr. E. Manese, *La pedagogia clinica tra scienze umane e neuroscienze*, Anicia Roma, 2002, M. Fabbri, *Sponde*, Clueb, Bologna, 2003, e M. Contini, M. Fabbri, P. Manuzzi, *Non di solo cervello. Educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti*, Raffaello Cortina Editori, Milano, 2006.

¹⁴⁷ E. Frauenfelder, *Pedagogia e Biologia*, op. cit. pag. 88

effettuati sui gemelli omozigoti i quali dimostrano che nonostante una condizione di partenza fondata sulla similitudine - avere il medesimo patrimonio genetico, essere figli degli stessi genitori e vivere prevalentemente nello stesso ambiente - vi siano comportamenti e risposte differenti che risentono delle esperienze che ciascun gemello elabora proprio a livello cerebrale. La componente aperta e dinamica del patrimonio genetico da un lato e le stimolazioni provenienti dall'ambiente dall'altro, condizionano la direzione dello sviluppo umano.

Tale sviluppo si realizza nel guado delle complessità, sia quella propria della cultura che della natura; di quest'ultima leggiamo da Maurizio Fabbri:

Il fenomeno della complessità cerebrale è tale per cui il nostro cervello è qualcosa di molto diverso dalla *tabula rasa* di cui parlava Locke. Diverso in quanto non si limita a trascrivere, in modo passivo, le informazioni che provengono dal mondo esterno, ma, katanamente, le filtra e le rielabora: informazioni apparentemente simili possono venire codificate secondo differenti attribuzioni di significato da persona a persona. Numerosi sono i fattori che concorrono alla realizzazione di quest'effetto. (M. Fabbri, *Nel regno della plasticità cerebrale: l'evoluzione della specie umana tra natura e cultura*, in *Emozioni, cura e riflessività. Valorizzare le differenze per promuovere la formazione di ognuno* di A. Mannucci, A. Collacchioni (a cura di), Edizioni ETS, Pisa, 2012, pag. 36.)

La prospettiva neuroscientifica nell'aver posto fine al dibattito sul dominio tra «natura» e «cultura» apre oggi a nuove e interessanti riflessioni che riguardano, soprattutto, come le interazioni geni-esperienze vadano a orientare i processi di crescita. Vista la grande importanza attribuita alle esperienze che si creano nei primi momenti di vita, compresi quelli uterini, una particolare riflessione delle scienze bioeducative apre alle relazioni primarie che si compiono nel corso della cura educativa.

Già nei primi momenti dell'interazione fra il bambino e la madre si forniscono esperienze che modellano il potenziale genetico del bambino che come già detto, passa attraverso l'attivazione, lo sviluppo o l'inibizione dei circuiti cerebrali. A sua volta, spiega Siegel¹⁴⁸, sarà il bambino stesso a determinare la natura delle esperienze a cui la sua mente deve adattarsi; infatti, tenderà a mettere in atto dei comportamenti che generano, da parte del genitore e dell'ambiente, reazioni che possono o meno rinforzare tali comportamenti. Per questo Siegel dice che il genitore è il *primo scultore* del cervello in via di sviluppo del figlio¹⁴⁹ dato che i suoi comportamenti, nel diventare esperienze per il bambino, plasmano lo sviluppo della mente. Tali esperienze giocheranno un ruolo importante nel successivo

¹⁴⁸ D. Siegel, *La mente relazionale*, op.cit. pag. 18

¹⁴⁹ D. Siegel, M.Hartzell, *Errori da non ripetere*, op.cit. pag. 34

processo di selezione e di elaborazione delle informazioni e nel favorire o meno determinati processi di ampliamento e di ristrutturazioni delle rappresentazioni consolidate. Si prospetta una sorta di catena logica: la cultura modifica il cervello e il corpo intersecando i dati culturali con quelli biologici, per il fatto che, come abbiamo detto, che la cultura influenza le modalità delle connessioni sinaptiche.

La plasticità cerebrale rappresenta il punto di arrivo di un percorso d'evoluzione filogenetica che allenta le maglie dei condizionamenti e le trasforma, invece, in orizzonti aperti e di scelta. Cade così la logica del determinismo, secondo cui ciò che accade è predeterminato in modo univoco, come avviene, invece, per le leggi fisiche. In campo educativo l'esclusione delle forme di causalità (B è causato da A) sostiene il principio che nulla è già dato e stabilito a priori, ma tutto è incerto e possibile. Tale attestazione non è soltanto una istanza filosofica, quanto il risultato di un'elaborazione di più dati alcuni dei quali derivanti dagli studi neuroscientifici. Dalla «scuola della plasticità cerebrale» apprendiamo che date delle condizioni biologiche iniziali tutto quel che agevola il distacco dagli automatismi, provocando apprendimenti precoci differenziati da bambino a bambino, deriva dal dialogo tra gli influssi esterni – quelli provenienti dall'ambiente - e quelli interni - quelli biologici. Anche le neuroscienze, nella loro prospettiva, criticano la cultura della disgiunzione per sostenere, invece, quella dei nessi, delle implicazioni e delle reciprocità.

Sul piano educativo non è più possibile pensare che di fronte alle stesse informazioni, vi siano le medesime comprensioni, lo stesso sistema di significati e ancor più uguali risposte. Indurre gli allievi, ad esempio, di una scuola primaria a comportarsi come se le comunicazioni che un'insegnante trasmette loro siano sempre chiare e univoche, costringendoli a codificare le informazioni ricevute, senza porsi domande per portarle ad una eccessiva semplificazione, significa impoverire gli elementi di discrezionalità che si prestano a partire dal lavoro cerebrale. Fare questo significa, come educatori, essere incapaci di raccogliere le sfide a cui i contesti ci chiamano che abbiamo visto sollecitare l'evoluzione incessante a cui siamo chiamati.

L'insieme di questi principi dovrebbe essere alla portata di tutti coloro che non solo hanno a che fare con i primi tempi di vita del bambino, ma con tutto ciò che è riferibile all'educazione nell'intero arco della vita. Anche chi lavora nei servizi sanitari, seppur chi maggiormente a stretto contatto con i bambini e le famiglie, ma non solo - come le

ostetriche, i pediatri, gli infermieri e i ginecologi - dovrà tenere in considerazione il fatto che le esperienze di cura influenzeranno non soltanto gli aspetti fisici e psicologici, ma anche gli stati mentali del bambino e il suo processo evolutivo. Questa è la ragione per cui per poter dare risposte adeguate ai bisogni sanitari delle persone è opportuno aprire una riflessione anche sugli studi provenienti dalle scienze bioeducative.

Le linee di ricerca brevemente sintetizzate mettono in evidenza come lo sviluppo umano si realizzi all'interno delle interazioni fra processi neurofisiologici - *mente-cervello-apprendimento* e relazioni interpersonali - *natura-cultura-educazione*¹⁵⁰

La prospettiva neuroscientifica propone la concezione di un individuo compreso nella sua prospettiva multidimensionale e singolare riconosciuto al tempo stesso come *soggetto biologico*, quale membro di una specie e portatore di un patrimonio genetico, come *soggetto culturale* per via dell'appartenenza ad un gruppo con cui condivide una cultura e come *soggetto specifico*, in considerazione della peculiare soggettività derivante dall'integrazione tra la sua natura biologica e quella sociale.

La visione complessa e interattiva dell'uomo sostiene l'idea della formazione umana come esito di un processo bio-antropologico e culturale che, per essere analizzato, chiede l'integrazione delle diverse prospettive disciplinari. Dalla sinergia delle scienze bioeducative si evince l'idea di una pratica educativa complessa e articolata, tutt'altro che ingenua o riduttiva, come sovente a livello di senso comune, invece, si vorrebbe presentare.

I processi educativi, come abbiamo visto, situandosi all'interno di relazioni e contesti specifici, si correlano allo sviluppo del cervello chiamando in campo una multifattorialità di elementi. Per educare, però, non è sufficiente fare attenzione alle sole dinamiche interne del cervello, c'è bisogno di molto di più. Lo dicono molto chiaramente Mariagrazia Contini, Maurizio Fabbri e Paola Manuzzi nel loro lavoro intitolato *Non di solo cervello. Educazione alla connessione mente-corpo-significati-contesti*.

Lo sguardo educativo che gli autori propongono è quello delle connessioni, delle mescolanze, della complessità e delle reciprocità. L'educazione viene proposta, ma anche decifrata e indagata, procedendo per connessioni, il che significa cercare di tenere insieme tutti i processi che la costituiscono.

¹⁵⁰ E. Fraeunfelder, Santoianni, *Le scienze bioeducative*, op. cit. pag. 29

Non di solo cervello, vuol dire che oltre alle funzioni cognitive e alle strutture corticali proprie dell'encefalo, per l'educazione – e nell'educazione - c'è dell'altro: ci riferiamo alle *emozioni*, ai *corpi*, ma anche ai *significati* e a tutto ciò entra a far parte dei *contesti* nei quali ci troviamo.

Corpo, mente, significati e contesti sono inestricabilmente intrecciati e interagenti nei fatti educativi, il che comporta che non possono essere disgiunti né tanto meno contrapposti o gerarchizzati. Nessuna semplificazione, dunque, sarà possibile e accettabile in campo educativo.

Dagli studi neuroscientifici abbiamo compreso che non c'è il cervello e poi il resto del corpo, nessuno elemento viene prima o è più importante dell'altro, tutto è mescolato. Non ci sono confini che delimitano il dentro dal fuori. Non vi sono mappe topografiche che pongono la sfera emotiva da una parte, poi più in su, ad esempio, il cognitivo e nella restante parte il corpo. E fuori rimane il tutto.

Il cervello, come ci dice Morin, non è *il tiranno che comanda sugli organi*, ma è esso stesso parte dell'organismo: è nel corpo ed è corpo¹⁵¹. Tutto si lega. I processi cognitivi e i processi emozionali sono identificabili e riconducibili con strutture e funzioni proprie dell'encefalo, il quale si incrocia con i diversi sistemi al proprio interno (quello limbico e quello corticale, ad esempio) che attiva sostanze chimiche (dopamina, cortisolo, serotonina) e neurotrasmettitori per poter dialogare con il sistema endocrino e quello immunologico¹⁵². Questa impalcatura reticolare confluisce e si collega al proprio interno. Ma l'uomo, abbiamo detto, non è solo una centrale elettrico-chimica cerebrale ma un *intreccio complicatissimo, culturale e personale insieme*; l'uomo è un mondo costituito dal suo pensare-conoscere-valutare e dal suo sentire in termini di felicità e di dolore, di memoria e di progetto, di speranza e di sogni, come ci riportano Contini, Fabbri e Manuzzi.

Cosa accade quando invece si tende a separare corpo e mente, emozioni e conoscenza, soggetto e contesti, natura e cultura e queste coppie tra loro? Si profila una visione parziale e riduzionista, talvolta povera e violenta che, attraverso la logica della divaricazione e della polarizzazione, procede nei territori dell'educazione e formazione

¹⁵¹ M.Contini, M.Fabbri, P. Manuzzi, *Non di solo cervello. Educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti*. Raffaello Cortina Editori, Milano, 2006, pag. 36

¹⁵² La psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) è una disciplina che si occupa delle relazioni fra il funzionamento del sistema nervoso, del sistema immunitario e del sistema endocrino

umana creando non pochi danni; è il caso, ad esempio del Ritalin, come ci ricorda Mariagrazia Contini.

Di fronte all'iperattività di un bambino si corre il rischio di procedere alla sola lettura neurobiologica della manifestazione comportamentale andando così a privilegiare la via della prescrizione farmacologica (il metilfenidato, ovvero la molecola del Ritalin, tanto diffuso negli Stati Uniti per il suo effetto calmante), senza chiedersi se gli stili di vita imposti dagli adulti, le modalità comunicative e relazionali interne al contesto familiare, così come le continue sollecitazioni a cui i bambini sono sottoposti, sempre più rapidamente e in età precoce, non siano pesantemente coinvolti nel provocare quei disagi¹⁵³.

Ancora. Se la ricerca neuroscientifica ha messo in evidenza che dietro a un pianto di un bambino al nido che protesta per l'allontanamento della madre, vi è un disordine fisiologico procurato dall'aumento del cortisolo, il pianto non dovrebbe più essere considerato come espressione del «solito capriccio» perché il bambino è viziato - come spesso si sente dire, quanto, invece, l'esito di un parametro biochimico alterato¹⁵⁴.

Ma se ci si pone la domanda «perché ha il cortisolo alto?» molto probabilmente la risposta trascende la sola spiegazione scientifica, aprendo alla visione del *buon senso*, quella concreta e situata che spiega che un bambino piange e chiede le coccole perché, senza comprenderne la ragione, si trova in uno spazio che non gli è familiare, con suoni, odori e persone estranee, senza la presenza della madre che fino a quel momento della vita, gli è stata sempre accanto. Tutto questo – dice Mariagrazia Contini – si chiama paura, angoscia abbandonica e non cortisolo alto.

*Il cortisolo alto rappresenta l'iscrizione, nel corpo vissuto di quel bambino, della sua sofferenza*¹⁵⁵, è un dato oggettivo che si recupera e risuona dentro ad un vissuto soggettivo, fatto di emozioni, di significati, di storie, di progetti, di smarrimenti e di speranze. Solo l'attenzione all'intreccio di tutte queste dimensioni può rendere conto che fenomeni così articolati, pur apparentemente banali, come il pianto di un bambino riproduce la categoria esplicativa della complessità. Tuttavia, la tentazione della

¹⁵³ M.Contini, M.Fabbri, P. Manuzzi, *Non di solo cervello. Educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti*, op. cit. pag. IX

¹⁵⁴ ci si riferisce ad un altro esempio descritto da Mariagrazia Contini che tratta di un articolo apparso su un quotidiano dal titolo: «Se il bebè va al nido piange e chiede coccole, non è perché è viziato ma perché ha il cortisolo alto» cfr. M. Contini, *Elogio dello scarto e della resistenza*, op. cit. pag. 89

¹⁵⁵ M. Contini, *ibidem*

spiegazione in termini binari continua a insinuarsi quando lo sguardo monodisciplinare semplifica ogni questione riducendola ai minimi termini, da cui consegue che un soggetto è mente o è cuore, è corpo oppure cultura, ritenendo che vi debba essere il predominio dell'uno o dell'altro.

Quando ci troviamo di fronte ad una relazione di cura, sia questa sanitaria o educativa, è necessario aprirsi invece all'inseguimento della *storia del soggetto*, che è una storia di un corpo e di una mente che insieme hanno esplorato il mondo e ne portano in sé gratificazioni e rifiuti, conflitti, disagi e successi.

Mente-corpo-mondo-significati tra loro connessi costituiscono quello sfondo ineludibile che permette di comprendere la differenza e le possibilità che caratterizzano ciascuna delle persone che un operatore, sanitario o educativo che sia, incontra nella propria pratica.

Quali possono essere le ricadute delle prospettive bioeducative qui brevemente accennate nel modo della cura sanitaria? Molti sono gli ambiti e le situazioni che si prestano ad analisi e a successive riflessioni teorico-pratiche.

Parliamo, ad esempio, del dolore neoplastico.

La letteratura mette in evidenza che a seconda del tipo e della sede del tumore, il dolore colpisce tra il 20 e il 50% delle persone al momento della diagnosi, e tra il 55 e il 95% delle persone in fase avanzata o terminale.¹⁵⁶ Alleviare il dolore delle persone con cancro è certamente un imperativo etico che richiede un approccio multidisciplinare, visto che il suo manifestarsi non è solo fisico, ma pervade anche le componenti emozionali, spirituali e sociali del soggetto.

Il *dolore totale*, come viene definito oggi il dolore neoplastico, è un'esperienza complessa di sofferenza e di limite. E' un'esperienza di profonda impotenza e angoscia via via sempre più ingravescente che coinvolge tutte le diverse dimensioni del vivere umano, soprattutto al termine della vita. È un dolore singolare e privato ma anche familiare e per certi versi culturale.

Prima di essere accertato, misurato e trattato, il dolore deve essere *compreso nel linguaggio* di chi lo sta narrando mediante il suo corpo, la sua voce e, spesso, il proprio silenzio. Il dolore totale non può essere collocato nel solo corpo vissuto e vivente di quella persona, non può essere limitato ai tanti sintomi che lo esprimono in uno schema

¹⁵⁶ S. Minuzzi, *Nursing del dolore*, Carocci, Roma, pag. 149

di cachessia, di nausea e vomito, di disfagia, di incontinenza, di confusione mentale, di stanchezza, di anoressia e via dicendo. Quel dolore va inserito nella storia personale di ciascun soggetto, nei suoi contesti di appartenenza culturale e sociale, così come negli intimi orizzonti dei significati, poiché, come ricorda Morin, ogni soggetto è, nello stesso tempo, completamente biologico e completamente culturale.

La perdita della posizione sociale e del proprio ruolo all'interno della famiglia, il senso di inutilità, la dipendenza, l'alterazione dell'aspetto fisico, le difficoltà burocratiche che spesso si incontrano, così come le incomprensioni e le difficoltà comunicative oltre alla delusione per le risposte insoddisfacenti che spesso si ricevono, sono solo alcuni dei tanti aspetti che determinano il vissuto legato a quel dolore.

Quindi, per riuscire a decifrare l'entità di un dolore è necessario dilatare lo sguardo sulle latitudini del soggetto compiendo traiettorie visive che schiudono oltre all'articolazione del sistema nocicettivo¹⁵⁷, anche a quello emotivo e simbolico (come per le rappresentazioni), così come al sistema culturale e familiare, al momento storico in cui si presenta il dolore e alle direzioni di senso, ossia ai significati individuali e sociali che accompagnano la persona nel vivere il suo dolore.

Il dolore non può più essere definito solamente come un gioco interno di circuiti sensoriali, neurologici e di reazioni chimiche proprie della mente, ma è una mescolanza di eventi e di rappresentazioni riferibili al contesto in cui si è inseriti. Perciò, per tentare di comprendere i fenomeni legati al dolore, tanti sono i confini che chiedono di essere attraversati e ancor più le connessioni che devono essere lanciate, poiché citando Morin:

Noi siamo nel mondo e il mondo è in noi. La nostra mente è nel mondo e il mondo è nella nostra mente. La nostra mente non è che una piccola parte del mondo e il mondo non occupa che una piccola parte della nostra mente. Noi siamo nella vita e la vita è in noi. L'individuo è nella società che è nell'individuo. Come pensare questi paradossi se non attraverso un pensiero ecologizzato, il quale riconosca che nel proprio principio che l'ambiente non è soltanto intorno a noi, ma è parte intrinseca di noi stessi? Un pensiero che si dia la missione e la funzione di comprendere l'esterno integrandovi l'osservatore-concettore, di comprendere l'interno integrandovi la natura fisica e biologica, e di fare la spola incessante fra l'interno e l'esterno?¹⁵⁸

¹⁵⁷ (il sistema nocicettivo è formato dall'insieme di tutte le vie che, nell'individuo il cui sistema nervoso sia integro, producono una sensazione dolorosa),

¹⁵⁸ cfr. E. Morin, "Exergue" a. S. Manghi, *il gatto con le ali*, Feltrinelli, Milano, 1990 in M. Contini, M. Fabbri, P. Manuzzi, op. cit. pag. 37

Morin ci invita a compiere una incessante azione di spola fra l'interno e l'esterno, per cercare di avvicinarci sempre più ad una maggiore comprensione del soggetto. Ma la connessione mente e mondo dovrà essere rafforzata quando si entra in situazioni particolari, come il mondo del dolore totale. La complessità che vi si legge è il risultato della stretta interdipendenza che si sviluppa nell'intreccio relazionale mente-corpo-significati-contesti.

Allora, quando il malato non riuscirà più a cambiare autonomamente posizione nel proprio letto o ad assumere alcun tipo di alimento per via della sua condizione fisica e del suo dolore, non sarà più sufficiente procedere con una lente che interpreta oggettivamente questi segni. Occorre cambiare prospettiva per offrire interventi che mettono realmente al centro delle cure l'ammalato e i suoi familiari (ma anche il corpo, la mente, le emozioni, i significati e i contesti – che ci sono, ma anche che non ci sono) per capire che la storia che l'operatore incontra in quel momento non è solo una malattia, ma una storia di vita.

Traducendo questi concetti nell'operatività di buone pratiche educative in sanità, significa che mentre teniamo in grande considerazione la singolarità e la potenziale differenza di ciascuno curato, è necessario, nel contempo proiettare lo sguardo sulla rete di cui egli costituisce una trama e dunque sul sistema di connessioni di cui è parte. Ma se il mondo è nella mente del soggetto da curare, vuol dire che in quella mente ci può stare di tutto, non solo aspetti personali e singolari, quanto plurali, derivanti dalla cultura esterna, dalle credenze dei mass media, dalle storie raccontate che circolano nel mondo, dalle poesie o dalle trame di altre storie con cui si ha avuto la possibilità di entrare in confidenza.

Allora, per dirla con Mariagrazia Contini, *che il mondo sia nella mente vuol dire che la mente non corrisponde alle cellule nervose del cervello, ma è una funzione sempre un po' misteriosa che eccede la nostra possibilità di capirla fino in fondo (può l'occhio vedere se stesso?), che si allarga inglobando sempre più un mondo, attraverso la conoscenza e attraverso le emozioni, sperimentando la relazione con l'altro da sé a abitando quello spazio d'incontro con il linguaggio*¹⁵⁹.

In linea con queste considerazioni si delinea anche nei contesti sanitari un percorso educativo che, data la sua articolazione e complessità, sarà difficile da decostruire e interpretare nel suo insieme, e per questo va indagata, senza alcuna pretesa di esaurire la ricerca, ma consapevoli dell'importanza di percorrerla per una pratica educativa che

¹⁵⁹ M., Contini, Elogio dello scarto e della resitenza, op. cit. pag. 96

connette e intreccia dimensioni e contesti generalmente trattati in parallelo e distinti ma, talvolta, anche contrapposti.

Le scienze bioeducative, come il traghettatore che con la sua imbarcazione trasporta persone o cose da una sponda all'altra di un braccio d'acqua, esprimono il tentativo di trasferire da un luogo all'altro le culture, i saperi e le prospettive derivanti dai diversi approcci che si occupano dell'uomo in generale con una ricaduta alla sua educabilità.

Le linee guida delle scienze bioeducative si muovono nella direzione di una comprensione globale e olistica del sistema uomo che lo considera organicamente inserito nell'ambiente in modo dinamico e, nello stesso tempo, integrato nelle sue componenti cognitive, emozionali, corporee e sociali.

Questo comporta che l'azione educativa, al di là del contesto in cui si compie, debba essere sempre attenta al *dentro* e al *fuori* dei singoli per cercare di connettere, nello stesso gesto, le parti interagenti di una stessa trama formata da cervello-mente-corpo-significati-contesti.

CAPITOLO 2

TRA IL *SANITARIO* E L'*EDUCATIVO* UN PONTE CHE CONNETTE: LA CURA

2.1. Sulle tracce della cura

I tasselli di problematicità derivanti dalle riflessioni fino ad ora analizzate, mettono in evidenza quanto sia impossibile comprendere le *questioni sulla cura* delle persone (sia essi di natura teoretica che pratici) attraverso un approccio riduttivo, disgiunto e unilaterale. In analogia a qualsiasi contesto del vivere umano, la cura sanitaria è un'esperienza complessa, articolata e dinamica per la quale è necessario far riferimento sempre a nuovi repertori di conoscenza e di esperienza. Non è più pensabile perciò continuare a proporre lo sguardo tipico dello schema binario, mediante il quale il ragionamento procede per contrapposizioni antinomiche quali: *salute o malattia, vita o morte, giusto o sbagliato, sì o no, cura del corpo o cura dello spirito, medico o operatore sanitario (infermiere, fisioterapista, dietista...), cura di serie A e cura di serie B...* e relative gerarchizzazioni. Tantomeno sarà improponibile procedere con un *fare* generalizzato, sempre identico, foriero di un copione monotono trascrivibile, che propone la messa in atto, in senso acritico, di protocolli di cura che trovano sede nelle pagine delle riviste scientifiche ricolme di importanti evidenze. Nessun «pensiero unico», quindi può essere considerato come sostenibile per la cura sanitaria.

Abbiamo così sottolineato quanto sia necessario assumere punti di vista pluri-angolari e multi-disciplinari, ricorrendo ad una epistemologia – e conseguente logica interpretativa – differente da quella che, per molto tempo, è stata proposta in ambito accademico. Non più monologhi auto referenziati, ma *dialoghi interdisciplinare* tra tutti, o la maggior parte dei saperi che concorrono a definire, in modo più o meno esplicito, la cura sanitaria.

Per poter curare è necessario che l'operatore sanitario possa avere accesso ad una moltitudine di prospettive che stiano tra loro legate e sostenute da un reticolo simmetrico e al tempo stesso promotore di uguale legittimità; il che comporta una pari dignità disciplinare di tutti i saperi a cui può riferirsi. L'accesso a tale prospettiva non

rappresenta solo una proficua opportunità per il singolo curante, quanto, invece, una reale necessità per orientare le rappresentazioni che troveranno espressione e forma nelle parole, nei gesti, nelle tecniche e nei comportamenti messi in campo – ma anche tra quelli non messi - nel confronto diretto con il curato.

Da qui il discorso è continuato ponendo l'attenzione al tentativo di «sconfinamento» proposto per travalicare i rassicuranti perimetri disciplinari e connettere prospettive che non hanno, a loro attivo, una formalizzata tradizione di dialogo e di collaborazione. È il caso delle scienze mediche e della pedagogia, di cui è stato riconosciuto avere in comune il medesimo *telos*, ovvero la cura dell'uomo.

Pensiamo dunque che la pedagogia e le scienze mediche abbiano molto da condividere, non soltanto sul piano epistemico, ma anche su quello metodologico e prassico.

Prima di andare ad indagare e approfondire i nessi di reciprocità, è necessario che vi sia da parte di entrambe le discipline un incontro finalizzato a creare una condivisione di significati che sorreggono e connotano la cura dell'uomo. Vuol dire, in altre parole, cercare di parlare la stessa lingua per capirsi e riconoscersi. In assenza di ciò si rischia di rimanere incastrati tra le fronde dei fraintendimenti, dei non detti e delle interpretazioni che potrebbero arrestare già sul nascere qualsiasi forma di collaborazione.

Questa è la ragione per cui partiamo proponendo alcune domande, in modo da poter ricercare indizi che ci permettono di decifrare i tanti linguaggi, le molteplici direzioni e gli aspetti di problematicità che ruotano dentro, fuori e attraversano le cure.

Quando sostiamo nel terreno di frontiera diventa allora doveroso chiedersi, cosa intendiamo quando parliamo di cura dell'uomo, nel suo senso più ampio e generale? Quali sono le modalità in cui essa si esprime? Come possiamo decifrarla, soprattutto oggi nella pluralità e nella specializzazione delle sue manifestazioni? Come connettere in un continuum le diverse espressioni della cura, e nello specifico, per il nostro discorso, quella sanitaria e quella educativa? E quando la cura si connota diventando educativa o sanitaria, che cosa comporta ciò?

Domande a cui cercheremo di dare risposta in questa sessione per portare progressivamente l'attenzione, in particolar modo, alla *cura educativa* portata avanti da alcuni medici illustri diventati famosi non tanto per via delle loro scoperte in ambito medico, ma per le teorie pedagogiche e i sistemi educativi che hanno proposto.

Prima di dare una risposta alla prima domanda - Cosa intendiamo quando parliamo di cura? – è necessario fare un breve premissa di natura antropologica, per aver chiaro di quali ambiti stiamo trattando quando volgiamo lo sguardo sui territori della cura.

Quando la vita è apparsa, è apparsa anche la cura. È stato necessario *prendersi cura della vita* perché questa potesse evolversi. La specie umana, come tutti gli altri esseri viventi, ha inesorabilmente risposto al bisogno di curare attraverso una pluralità di manifestazioni, che come *atti vitali* hanno garantito la vita lungo il suo evolversi, per giungere fino ad oggi. Noi, infatti, siamo portatori di una *storia di cura* che sia a livello filogenetico (ovvero di specie) che ontogenetico (cioè nella nostra dimensione individuale) è stata sorretta da un insieme di azioni, parole, comportamenti che hanno promosso il nostro vivere ed evolvere.

Dal principio la cura è stata di ogni persona che aiutava un'altra a provvedere a tutto ciò che era necessario per sopravvivere sia individualmente, sia in relazione anche alla vita del gruppo. Essa non fu propria di un mestiere e, ancor meno di una professione; *la cura era di tutti*.

Prendendo in analisi alcune pratiche di cura come quelle dello *stare accanto*, *vicino* e dell'*aiutare* possiamo notare come la loro evoluzione sia ruotata attorno a due grandi assi che ne hanno sorretto i principali orientamenti: la cura per *garantire lo sviluppo della vita* e la cura per *allontanare la morte* come ha ben sintetizzato Marie-Francoise Collière nel suo testo *Promouvoir la vie*¹.

Seppur oggi distinti e formalmente determinati in categorie specifiche, i due orientamenti nascono come interdipendenti, complementari e coesistenti: la cura era un tutt'uno tra azioni di promozione e di tutela della vita. Il che significa che in origine non vi erano tanto «riflessioni partigiane» a monte, quanto, invece comportamenti istintivi, dettati dal buon senso o per tentativi ed errori, che una volta ricondotti a ritualità e a credenze, nel tempo sarebbero stati proposti come *azioni* vere e proprie di *cura* da assumere come norma.

Solo con la comparsa di una razionalità più evoluta, in stretta connessione allo sviluppo dell'apparato cerebrale dell'uomo, la logica dialettica ha portato a far evolvere il piano delle cure sul riconoscimento e sulla distinzione, in modo più definito, tra il *male* e il

¹ M. F. Collière, *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, tr. It. "Aiutare a vivere. Dalla sapienza delle donne all'assistenza infermieristica" Edizioni Sorbona, Milano, 1992.

bene. Quindi, tutto ciò che provocava malessere veniva concettualmente separato da ciò che faceva vivere, da cui discesero azioni e comportamenti che se da un lato tendevano a contrastare ciò che era portatore di morte, dall'altro, invece, andavano a promuovere la vita, la sua tutela e ancor più il suo sviluppo.

Per assicurare la continuità della vita del singolo, del gruppo e della specie le cure sono state focalizzate sulla risposta dei bisogni primari fondamentali, quali il sostentamento e l'alimentazione, la protezione dalle intemperie, l'uso degli indumenti, il ricorso ad un rifugio e la difesa del territorio. L'organizzazione di questi compiti diede luogo ad una divisione specifica delle funzioni di cura separando la posizione dell'uomo e della donna. Anche tale separazione contribuì a garantire la sopravvivenza: se da un lato vi era la necessità di procacciare cibo, portando nello specifico l'uomo a muoversi nel territorio, allontanandosi dal nucleo di base, dall'altro vi era la necessità che qualcuno stesse accanto in primo luogo alle donne gravide, ai bambini, ai vivi e ai morenti, ma anche al fuoco, alle piante agli animali domestici, prendendosene cura.

Se alle donne vengono affidate le cure inerenti a tutto ciò che ha a che fare con la crescita, lo sviluppo e il morire, attuate tramite una presenza fisica ed emotiva che si esprimeva nelle pratiche del corpo e di cucina degli alimenti, agli uomini, invece, sono state attribuite le cure riconducibili alla necessità di uccidere (caccia, pesca) e di allontanare il pericolo (come per la guerra) facendo uso di strumenti – pugnali, scalpelli e utensili per il fuoco – a cui veniva richiesta una notevole prestantza e forza fisica.

Per garantire la vita e soddisfare un insieme di bisogni ad essa indispensabili, ma diversificati nella loro manifestazione, la cura è stata così espressa attraverso in un insieme plurale di atti, di pratiche e di abitudini che si sono sviluppate a partire dal modo in cui gli uomini e le donne hanno appreso e utilizzato l'ambiente che li circondava.

Dal bisogno di garantire la continuità della vita nasce quello che Edgar Morin legge come *physis*², che diventerà poi la scienza della natura, da cui sarebbero discese tutte quelle pratiche di cura fondate sul «saper fare» e/o del «saper utilizzare» attrezzi al fine di «svolgere compiti» e azioni di cura.

Contemporaneamente alla messa in atto di tali azioni, sorgono gli interrogativi riguardanti ciò che buono e ciò che è cattivo con l'intento di comprendere quanto avrebbe permesso alla vita di evolvere. Emerge in questo caso un orientamento che potremmo chiamare

² M. F. Collière, *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, op.cit. pag. 7

metafisico che parte dal discernimento, appunto, di ciò che veniva considerato buono o cattivo, in funzione di quello che gli uomini e le donne hanno scoperto nell'universo fisico nel quale vivevano.

Dapprima lo stregone, poi il sacerdote sono state le figure che hanno svolto una funzione di mediazione tra il fisico e il metafisico e fra le forze benefiche e quelle malefiche. Attraverso riti d'offerta e sacrifici si cercava di allontanare il male e, nel medesimo tempo, conciliare le forze del bene. Al sacerdote, così come allo stregone e allo sciamano è stato possibile riconoscere e trattare il male fisico e metafisico, acquisendo così sempre più potere nell'individuare chi si pensasse fosse portatore di male. I folli, i portatori di malattie infestanti, i mendicanti, etc vennero così espulsi dal gruppo per difendere e preservare l'equilibrio e una sorta di benessere.

Il ruolo di mediazione fra l'ordine fisico e l'ordine metafisico si è andato a trasformare nel corso degli anni, attribuendo ad altri soggetti l'interpretazione del bene e del male, come è avvenuto per i medici³.

Il medico, che abbiamo già visto con Asclepio discendere dalla casta dei sacerdoti, diventa lo specialista in grado di identificare da un lato i segni e i sintomi indicatori di un male di cui il malato è portatore, e dall'altro di riconoscere ciò che invece avrebbe riportato allo stato di bene, ovvero al ripristino della salute. In questo caso, a differenza del sacerdote, il rapporto tra il bene e il male non viene più ricondotto alla dialettica uomo e universo in cui vive, ma circoscritto all'isolamento del male di cui il soggetto è portatore in relazione al suo universo corporeo.

Il medico, soprattutto con l'avvento della medicina scientifica, diventa il mediatore tra i segni clinici esteriorizzati e ciò che viene all'interno del corpo del malato. Combattere il male ed eliminarlo riassume lo scopo specifico del medico, andando a operare una separazione fisica del male stesso. Il portatore di un male fisico rischiava però di essere identificato con il male stesso, fino al punto da essere confuso e trasformato nella patologia medesima. Non è infrequente, purtroppo, sentire ancor oggi nei contesti dove si svolge la cura sanitaria identificare il soggetto con la sua patologia. Lo notiamo quando il sig. Bianchi, ad esempio, non sarà compreso come un uomo di mezza età, marito, padre e lavoratore, portatore di interessi, credenze, valori, progetti, bisogni e aspirazioni e quant'altro, ma verrà, invece, riconosciuto per via del suo organo malato, o della

³ op.cit. pag. 8

patologia di cui è portatore. Il «cancro allo stomaco» allora diventa una sorta di epiteto, un appellativo che cambia e copre la vera identità del sig. Bianchi, ma in questo caso, purtroppo, non si tratta di una forma a tutela della privacy per la riservatezza dei dati personali.

Per contrastare il fenomeno di spersonalizzazione dilagato ormai nei contesti sanitari si ritiene necessario cercare di comprendere la cura nei suoi significati e nella sua potenzialità tentando di ricollocarla al suo fine originario, e al tempo stesso ultimo, che abbiamo intravisto in questa breve introduzione, essere riconosciuta nel *permettere alla vita di svilupparsi* e di riprodursi.

Proprio perché questo è un assunto implicito, e dunque considerato ovvio, spesso non si favorisce il suo trasferimento sia negli ambiti accademici che in quelli di pratica sanitaria, correndo il rischio di far perdere di vista il *senso* e, dunque, le *direzioni* verso cui tendono le cure. Per tale ragione nel corso di questa sessione si cercherà di richiamare alcune prospettive filosofiche con il desiderio di delineare le tante dimensioni sommerse che sostengono e sostanziano la cura.

2.2. Oltre la chiacchiera

La parola *cura* dato l'uso frequente, e talvolta incurante, che ne facciamo nel linguaggio quotidiano, rientra a fare parte di quelle *parole logore* che sono, come le definisce Mariagrazia Contini, parole dette «a vuoto» poiché sottratte del loro significato originale⁴. Come per gli abiti, così anche le parole si usurano e si lacerano se pronunciate in modo continuativo e indiscriminato, in riferimento, soprattutto, ad una consuetudine linguistica che le priva della loro integrità semantica. È la depredazione della sua accezione complessa, plurale e profonda che rende una parola logora.

Le parole logore si presentano come parole generiche, ovvie e banali che si riproducono ai parlanti e agli udenti nella loro immediatezza e superficialità. Ascoltare un costrutto articolato da parole logore mette in risalto soltanto ciò che il discorso dice, anziché puntare l'attenzione all'*ente* e ai *movimenti interni* su cui si comunica. Quindi, un dialogo basato sullo scambio di parole logore promuove negli interlocutori un atteggiamento bonario, cordiale e approssimativo che li tiene sul filo della loro conversazione, lasciandoli in «in superficie». Nel corso del dialogo giungeranno alla comprensione dei

⁴ M. Contini, *Elogio dello scarto e della resistenza*, Bologna, Clueb, 2009

medesimi significati, dal momento che ciò che viene detto è accolto nella *medesima conformità*, in funzione delle repliche e delle diffusioni antecedenti di quei significati linguistici, appunto, semplificati. In questi casi sarà il *già detto* che precedendo il “discorso che si dice”, orienterà alla comprensione dei significati, sottintendendo le parole ascoltate come qualcosa di consueto, annoso e per certi versi scontato.

L'uso indiscriminato di parole logore fa perdere al linguaggio la sua funzione ontologica promuovendo, nella prospettiva di Martin Heidegger, la diffusione della *chiacchiera*⁵. Tale termine non ha in sé alcun significato spregiativo dal momento che nel pensiero del filosofo si designa quel modo di Esserci nel quotidiano che coinvolge tutti noi.

Ogni qualvolta che poniamo l'attenzione prevalentemente all'intrattenimento, rendendoci incuranti a ciò che si dice e, ancor di più, non profondamente consapevoli di ciò di cui si parla, entriamo nella categoria della chiacchiera. Questo modo di essere, seppur naturale, ci rende inautentici, soprattutto quando nel rapporto con gli altri, ci gettiamo in una coesistenza ordinaria, disimpegnata e indifferente che prende avvio proprio dal parlare. Non si tratta però del risultato di un inganno volutamente pensato, sostiene Heidegger, ma il più delle volte è il riferimento ad un rito codificato di cui difficilmente riusciamo a liberarcene in prima battuta, in assenza di riflessioni specifiche su tale consuetudine. La chiacchiera, infatti, rientra in quel parlare «del più e del meno» pronunciato all'insegna della genericità e della buona maniera, connesso al consueto e all'ovvio.

Chiacchiera allora è tutto ciò che è formalismo, modo di dire, frasi di circostanza che non interpellano realmente il nostro interlocutore e, allo stesso modo, neppure noi stessi. Ad esempio, il consueto “*Come stai?*” a cui si risponde con la formula “*Tutto bene, grazie*” può essere un esempio di chiacchiera dal momento che esprime quel modo di parlare per parlare, senza credere concretamente a quello che si dice e, ancor più, formulato con la chiara intenzione di non andare a fondo, chiudendo così il discorso alla contingenza. La chiacchiera – dice Maurizio Fabbri – agevola comunicazioni *impersonali*⁶. Cosa accadrebbe, allora, se alla consueta domanda di circostanza, ci venisse risposto un fulmineo “*perché me lo chiedi?*”, oppure un lapidario “*molto male?*”?

Quale sarebbe la conseguenza nel venire investiti da parole straordinarie, inattese, ma autentiche perché personali? Ascoltare parole piene, dense di uno stato d'animo tutt'altro

⁵ M. Heidegger, *Essere e tempo*, Milano, Longanesi, 1976, pag. 21-215

⁶ M. Fabbri, *Il transfert, il dono, la cura. Giochi di proiezione nell'esperienza educativa*, Milano, Franco Angeli, pag. 197

che lieve e rassicurante, accompagnate da silenzi e da sguardi vivi ancor più interroganti e profondi della domanda posta, quali sentimenti ci farebbe vivere? Accade così, che per non andare in profondità, per non rischiare di scoperchiare il fondo angosciante della altrui e della nostra esistenza, per non cedere all'imbarazzo, scegliamo di rimanere nella chiacchiera.

Viviamo nella chiacchiera tutte le volte che le parole non trapassano la nostra carne, che non ci «entrano dentro», perché trovano spazio nel perimetro circoscritto della razionalità, dell'apparenza e dell'impersonale.

La chiacchiera certamente non dipende dagli argomenti e dalle tematiche che si trattano: infatti, se parliamo di problemi di lavoro in generale stiamo chiacchierando, ma se, invece, esprimiamo in modo autentico i nostri profondi e intimi vissuti su quelle problematiche, mettendo in luce dati inattesi - e soprattutto noi stessi, usciamo da questa forma retorica approssimativa.

Il più delle volte il contenuto della chiacchiera scivola via perché non rimane agli interlocutori. Raramente essa viene appresa. La chiacchiera, infatti, la si sente senza ascoltarla in profondità poiché non richiede com-partecipazione, ma mera trasmissione e diffusione di un sentito dire che spesso assume il valore di una comprensione indifferente che acquista comunque autorità nel suo dipanarsi.

Anche i discorsi sulla cura, quando usata e diffusa come parola logora, assumano la sembianza della chiacchiera.

Nelle circostanze generiche dette sia nei contesti informali (come in una sala d'aspetto del medico curante o al supermercato) e in quelli formali, come nelle istituzioni socio-educative e sociali, quando ci si appropria della parola cura, senza una preliminare e profonda acquisizione dei suoi significati, si produce chiacchiera. La parola cura diventa così un termine *approssimativo, svuotato e frantumato*. In più, è frequente sentire molti discorsi che trattano della cura come un emblema, uno slogan, talvolta uno stereotipo, formulato come leit-motiv per dare valore a ciò che si dice perché riempito di benevolenza e scientificità; in questi casi si parla della cura anche solo per trasmettere rispettabilità e credito.

La chiacchiera sulla cura non si limita al solo campo della semplice ripetizione verbale e mediatica (come accade nei frequenti talk show o programmi di servizio che parlano di essa), ma invade anche quello della scrittura, quando, soprattutto, si scrive di essa pur

di scrivere. In tale circostanza la ripetizione della parola cura non si fonda solo sul sentito dire, ma anche su quello che si è letto in modo superficiale, oppure perché quanto scritto, non è stato approfondito e completato. È il caso di molti testi che trattano della cura in modo parziale (si pensi a quelli editi in ambito medico-sanitario) che raramente riconducono all'origine e ai *sensi* della cura stessa, con riferimento agli aspetti etimologici, semantici o ancor più ontologici. La comprensione del lettore risulterà così limitata e circoscritta prevalentemente alle modalità con cui si applica la cura, specie quando si riferisce a quelle pratiche prescrittivo-operative che mirano all'acquisizione di una tecnica, di un'azione, di un comportamento (la cura di una patologia, ad esempio) che raramente connettono i molteplici significati che essa comporta.

Nei manuali per la formazione degli operatori sanitari (medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, ostetriche, dietiste, etc..) è diffusa la tendenza a sintetizzare e parcelizzare il sapere sulla cura che invece, come abbiamo avuto modo di approfondire precedentemente, si caratterizza per la sua crescente multidimensionalità, complessificazione e interdipendenza con altri fattori.

La conoscenza sulla cura, dunque, non può essere ricondotta all'immagine tradizionale il cui oggetto simbolico rimane il manuale e/o libro di testo. Accanto a questa forma di conoscenza astratta che alimenta la natura propriamente logico-razionale del sapere, va associata quella conoscenza concreta, esperienziale e incarnata che mutua e orienta all'acquisizione delle competenze dei professionisti. Solo percorrendo la spirale del sapere *prassi-teoria-riflessione-prassi* aprendo a intrecci, contaminazioni, alleanze, sconfinamenti e ritorni disciplinari, è possibile apprendere forme dinamiche e profonde legate all'*epistemologia della cura*.

Nelle scuole, nelle università così come nelle comunità di pratica, è necessario ridare *corpo* alla parola *cura* riconsegnandole i significati che la definiscono, a partire dall'analisi del termine stesso. Cogliere l'etimologia significa approssimarsi al nucleo originario del vocabolo che quotidianamente utilizziamo per attraversarne la storia e comprendere le specifiche circostanze in cui ha avuto luogo la sua assunzione. Accostarci all'etimologia di un termine ci dà inoltre la possibilità di recuperare il nostro potere – e responsabilità – sull'uso delle parole dal momento che la voce greca *etimologia* indica alla lettera “*la vera ragione*”, cioè “*la ragione del vero significato*”⁷, determinando

⁷ C. Battisti, G. Alessio, *Dizionario etimologico italiano*, Firenze, G. Barbèra Editore, 1950, pag VII

l'assunto primitivo di un termine. In più, oltre alla potenzialità educativa e formativa che l'analisi etimologica ci consegna, l'approssimarsi al senso di un termine svela quei valori che assumono significato nel corso del discorso *vincolandoci* e *impegnandoci* al tempo stesso, poiché una volta pronunciate ci chiedono di tendere alle *direzioni* che esse propongono. Dunque, nella misura in cui riusciremo a comprendere il significato denso e pesante della parola cura, saremo chiamati a tendere alla coerenza, attraverso comportamenti e atteggiamenti che devono coincidere col significato più pieno e profondo del termine, come precisa Contini⁸.

Data questa prospettiva è possibile arginare la chiacchiera sulla cura nella misura in cui le parole che diciamo seguono, in via anticipatoria, il percorso della riflessione e della risonanza interiore, che porta ad *autoesprimerci* - a noi stessi e agli altri – facendoci diventare di fatto partecipi del discorso che ci coinvolge.

Ne deriva quindi che a partire dai contesti formativi, sia essi teorici che pratici, dovrebbe essere stimolata la ricerca di quelle parole che si mostrano come *strade in movimento*⁹, parafrasando Paola Manuzzi, dal momento che aprono a inedite direzioni di senso verso territori multiformi di pensiero, di significati, di rappresentazioni e percezioni densi di spessore simbolico, oltre che pratico. Tale accezione metaforica come spiega Manuzzi non vuole essere solo una suggestiva immagine retorica, ma indica anche per il nostro discorso una interessante direzione di *ricerca* che ci consente di abbracciare il *pluriverso* - e non più *universo* semantico-interpretativo del termine cura che, come stiamo cercando di comprendere, non può più essere svuotata della sua complessità intrinseca.

Così facendo la parola cura può rinascere in forma nuova, attraverso la ridefinizione, ad esempio, di tutti quei vocaboli derivati e contrari, oppure la comprensione esatta delle differenze che sostengono le nostre espressioni come il *curare* e il *prendersi cura* ad esempio. Questo traguardo sarà raggiungibile nel momento in cui saremo disponibili a fare i conti con i significati superati, semplificati e logorati che ci portano interrogare su nuove e possibili raffigurazioni della cura che, come avremo modo di comprendere, trovano le radici nella storia personale di ciascuno di noi.

La cura, dunque, come parola fortemente utilizzata nel gergo comune a rischio di usura, poiché trova il proprio significato all'interno della *categoria dell'essere*, chiede di essere

⁸ M. Contini, op. cit. pag.22

⁹ P. Manuzzi (a cura di), *I corpi e la cura*, Pisa, ETS, 2009

compresa e riflettuta a partire dal bagaglio di convinzioni, esperienze, costellazione di valori e aspettative che dimorano all'interno delle nostre rappresentazioni mentali.

La parola cura dunque non può essere considerata come termine monosemantico segnato da luoghi comuni e da chiacchiere di circostanza, ma va compresa come parola viva, aperta, problematica, densa di significati che trovano il loro senso nella storia di ciascuno che definisce le tonalità del suo pronunciarsi dal *dentro* e/o dal *fuori* di chi ne parla. Ed è da questo duplice posizionamento tra sé e la propria storia (il dentro) e gli altri e la loro storia (il fuori) che la parola cura acquista significato giocandosi la possibilità di essere detta e compresa come *parola piena, aperta e profonda* oppure come *parola logora, inconsistente, chiusa e superficiale* da replicare senza appropriarsene.

2.3. Discorsi al *plurale* sulla cura

Espressioni quali: *mi curo di te; la malattia sta regredendo grazie a questa nuova cura; la cura del patrimonio del sig. Bianchi è stata affidata a.*; ma anche: *curati, mi raccomando!; mi sono concessa una cura di bellezza; la cura dimagrante è molto faticosa*; oppure: *il prof. Rossi insegna con cura; finalmente riesco a prendermi cura della casa*, definiscono il territorio complesso e articolato della semantica della cura.

Nella lingua italiana la parola cura esprime nella sua funzione connotativa una molteplicità di significati che trovano il loro senso nei diversi contesti di riferimento. Le espressioni sulla cura indicano nel loro insieme *attività, raccomandazioni e intenti* volte a promuovere *benefici, protezione, interesse e benessere*. Il sostantivo *cura* lo pronunciamo ogniqualvolta ci riferiamo a situazioni di benevolenza e familiarità, pur formulate e comprese in modo vago e generico.

Per quanto concerne la riflessione accademica di recente si sta assistendo ad un crescente interesse alla tematica della cura letta nella sua complessità, consegnandoci i significati essenziali e primari che la caratterizzano. In aggiunta alle tradizionali pubblicazioni sanitarie, si contemplano numerosi lavori riferibili ai settori disciplinari della pedagogia e sociologia¹⁰, che presentano studi e ricerche che rimarcano una concettualizzazione del

¹⁰Si citano, in ordine cronologico, alcuni contributi significativi che hanno orientato il presente elaborato: C. Palmieri, *La cura educativa*, Franco Angeli, Milano 2000; G. Colombo, E. Cocover, L. Bianchi, *Il lavoro di cura*, Carocci, Roma 2004; L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano 2006; A. G. Balistreri, *Prendersi cura di se stessi*, Apogeo, Milano 2006; M. Contini, M. Manini (a cura di), *La cura in educazione*, Carocci, Roma, 2007.

fenomeno della cura aperta ai molteplici significati storico-culturali, etico-filosofico, emotivo-esistenziali, oltre che pratici.

I vertici osservativi che discendono dalle diverse epistemologie (filosofiche, pedagogiche, sanitarie e sociali) ci consentono di delineare una pluralità di paradigmi che svelano, progressivamente, l'essenza, l'ambivalenza e la complessità della cura.

L'apertura ad un *discorso plurale della cura*, oltre a fornire una mappa dei possibili significati, ci conduce a quel profilo originale che la racchiude, almeno linguisticamente, all'interno di un concetto unitario-complesso, ma dicibile e tematizzabile che comprende, nella sua definibilità, una molteplicità di sfumature semantiche. Ed è proprio la *dicibilità della cura* che la rende discorso su cui ri-flettere allo scopo di cogliere ed aprire ulteriori piste di pensabilità per poter accennare, eventualmente, anche ciò che è altro, ovvero l'indicibile o il non ancora espresso della cura.

La cura, infatti, si profila come un'esperienza polivoca, per nulla unilaterale, in quanto attinente e definente le diverse dimensioni della vita e del vivere, le quali la specificano in relazione all'intenzione, al contesto e alla situazione in cui essa si manifesta. Vediamo quante sono *le cure* che si delineano e differenziano in relazione agli aggettivi che la specificano: parliamo infatti di cura familiare, cura professionale, ma anche di cura sanitaria, cura educativa, cura sociale, cura patrimoniale, cura legale, cura pastorale e cura materiale.

Nel tentativo di tratteggiarne una possibile definizione, indipendentemente dal modo in cui si attua, e quindi dall'aggettivo che la connota, Luigina Mortari pone l'attenzione su come essa in tutti i casi si profili nei termini di una pratica¹¹. La cura infatti è mossa da precise disposizioni concrete, poiché orientata a raggiungere specifici intenti, traguardi e finalità. Pertanto, le cure nella loro accezione generale, vanno comprese come un insieme complesso ed articolato rappresentato da *azioni, manifestazioni, atti e atteggiamenti* che in relazione all'*intenzione* di chi le guida (ovvero del soggetto che le agisce, il curante), all'*oggetto/soggetto* verso cui si muovono (e dunque chi le riceve, il curato) e al *contesto* che le contiene, assumono *forme, significati e classificazioni* differenti. Posta in questi termini, la cura si definisce a partire dalle forme plurali in cui si concretizza. Se questo rende impossibile una tassonomia dettagliata delle singole manifestazioni di cura, è

¹¹ Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., pag. 30.

possibile avviare forme di classificazione più ampie che le raggruppano secondo criteri o caratteri comuni.

In riferimento alla loro finalità, disposizione e qualità, avvalendoci del contributo di Mortari¹², è possibile descrivere le cure come:

- pratiche di occupazione
- pratiche di pre occupazione
- pratiche di riparazione
- pratiche di promozione

Vengono definite occupazioni, l'insieme delle pratiche di cura che pongono un'attenzione privilegiata alle mansioni, alle attività del conservare, del custodire e del riparare agite ed intenzionate con un fare neutro, privo di un particolare coinvolgimento soggettivo-affettivo. La *cura come occupazione* include i modi della *routine*, di una possibile indifferenza, dell'uniformità dei compiti ordinari, tipici delle forme e delle attività riconducibili all'adempimento di un lavoro. Da un punto di vista linguistico il termine "*occuparsi di*" rimanda talvolta all'accezione impersonale - all'occuparsi di un qualcosa, appunto - per mantenerlo in buono stato. L'occuparsi della casa o di una pianta, ad esempio, si rifanno all'esercizio di un'attività dove colui che cura è coinvolto prevalentemente sul piano intellettuale (pensare all'azione) e pratico in funzione, il più delle volte, di un incarico, di un impegno o di un dovere. La cura come pratica di occupazione viene riferita anche a quelle attività che hanno a che vedere con l'amministrazione di un bene: si curano, per esempio i propri interessi o i beni di famiglia, con l'intento di un interessamento, per portare avanti un obbligo, un mandato e non cadere in atteggiamenti passivi, di trascuratezza e di negligenza.

La cura che si realizza mediante azioni e comportamenti nutriti anche da un investimento *affettivo*, oltre che da dislocazioni cognitive e pratiche di cui sopra, rientra nella forma ascrivibile della *preoccupazione*. Nella *cura come preoccupazione* il soggetto a cui è rivolta l'azione entra nello spazio di *attenzione*, di *premura* e di *partecipazione* di colui che cura. I termini che esprimono maggiormente tale concetto sono *l'avere a cuore* o *prendersi a cuore* l'altro, svelando, esplicitamente, un investimento emotivo le cui manifestazioni possono essere caratterizzate da angoscia, inquietudine, timore, affanno, angustia, ma anche da gioia, felicità e piacere. All'interno della categoria "cura come

¹² Mortari, op. cit. pag.40

preoccupazione”, Mortari introduce i termini *dedizione* o *devozione*¹³ con l'intento di specificare il senso di tali pratiche, appellandosi a concetti significativamente più intensi. Dal latino *devotus* il termine indica quell'atteggiamento pio, sincero, fidato verso qualcosa o qualcuno a cui è stato assegnato un significato religioso, sacro o divino. Nell'ottica della cura, tale espressione esprime l'intenzione del dedicare risorse, tempo, attenzione, interesse, passione, devozione appunto, all'altro, laddove è possibile pensarlo “come sacro” o investito da una sua *umana sacralità*¹⁴. Questa espressione di cura schiude conseguentemente a quella disposizione interiore che porta colui che cura ad occuparsi responsabilmente dell'altro, ponendosi in una postura relazionale di piena ricettività e pensabilità dell'altro e del suo benessere. La cura come preoccupazione è dunque la cura che trova la sua massima espressione nella manifestazione del *preservare*, del *proteggere* e del *custodire*.

In base all'intenzione di chi le guida e del risultato che si intende raggiungere, le cure possono essere definite anche come *riparative* o *promotive*.

Il porre rimedio ad un danno, il dare risposta ad un bisogno, il trovare una soluzione ad un problema, comporta la manifestazione di pratiche intenzionate a proteggere, reintegrare e salvaguardare una situazione alterata o peggio deteriorata. Nel caso di una lesione cutanea, ad esempio, di una malattia o di una disfunzione di un organo/apparato, la cura viene offerta come soluzione e mezzo per ripristinare lo stato di salute - o alleviare un male, fronteggiando un danno o una mancanza. Tale concetto si profila chiaramente nella cura medica, espressa dall'insieme di quei provvedimenti finalizzati a combattere la malattia. In questo caso il termine cura è anche sostitutivo di quello di terapia (la cura medica) facendo espressamente riferimento a quel ramo della medicina che si occupa dei procedimenti e delle modalità per combattere le malattie. Relativamente a questo aspetto si usa spesso anche il termine *trattamento*, inteso come l'applicazione di metodi o procedimenti determinabili allo scopo di conseguire la guarigione. Se la cura nella sua accezione riparativa presuppone il ripristino di una lacuna, nell'equilibrio o nella regolarità funzionale, nel significato *promotivo*, indica, invece, l'insieme delle pratiche finalizzate a incoraggiare, favorire, sviluppare ciò che è in essere. La cura che intende promuovere per far crescere, non pone affatto l'attenzione sul limite o sulla carenza

¹³ Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., pag. 44

¹⁴ La dimensione relativa al sacro non vuole qui essere intesa nell'accezione riconducibile al divino o al culto religioso, quanto, invece, in quel senso figurato, che rimanda al concetto di massimo rispetto, di inviolabilità che vorrebbe essere considerata propria di ciascun uomo.

(come nel caso di una malattia) quanto, invece, sulla situazione per come si presenta in un'ottica globale. La cura promotiva si manifesta come l'insieme dei fenomeni cognitivi, affettivi e materiali offerti per assicurare una progressione verso un *livello gerarchicamente superiore* della situazione nel suo complesso. Quindi, attraverso il soddisfacimento dei bisogni, seppur diversificati nella loro manifestazioni, tali pratiche di cura intendono promuovere e potenziare la persona nella sua vita, garantendone la sopravvivenza, la continuità, l'evoluzione e il benessere. La cura come promozione è dunque la cura che fa fiorire ciò che è in potenza e che attende di essere sviluppato, come nelle metafore o analogie proprie delle intenzionalità educative.

Se la cura riparativa pone attenzione quasi esclusivamente alla dimensione esteriore, fisica, biologica, ovvero alla cura del corpo in condizione di malattia, quella promotiva si caratterizza per la sua bifocalità. Oltre al corpo, la cura promotiva ha premura dell'essere-quel-corpo per quella persona, vale dire ha a cuore anche come il soggetto si vive, si concepisce e si manifesta, cercando di includere le potenzialità soggettive, pur nei loro limiti, al fine di incoraggiare il *divenire esistenziale* di ciascun soggetto.

Le pluralità semantiche del curare sopra descritte, vengono racchiuse ed espresse nella lingua inglese in due vocaboli specifici: *to cure* e *to care*. Il *to cure* fa riferimento a quelle situazioni richiamanti l'atto riparativo-terapeutico della cura, - correlato soprattutto al *disease* (l'*aver un male*), mentre con il *to care* si allude alla preoccupazione, all'interessamento, alle manifestazioni promotive della persona che *sente e vive il suo male (illness)*.

Nel corrispettivo italiano i termini inglesi potrebbero trovare qualche similitudini con le espressioni: *curare* e *prendersi cura*, classificando, nel primo, le forme rientranti nelle categorie dell'occuparsi e del riparare, mentre con il *prendersi cura* si fa riferimento alla persona soggetto delle azioni riconducibili a quelle espresse dalle dimensioni della preoccupazione e della promotività.

2.4. Luoghi e contesti per una cura privata e una cura pubblica

L'*occuparsi di*, il *preservare*, ma anche il *riparare* e il *fa fiorire* sono intenzioni e manifestazioni di cura che assumono significati diversi in relazione al *contesto* in cui esse si realizzano.

Esiste, infatti, una sostanziale differenza se le medesime azioni/procedure di cura si manifestano all'interno delle pareti domestiche, oppure nel mezzo di un'organizzazione sanitaria. Si pensi a come la stessa cura igienica che quotidianamente ci facciamo al risveglio nell'intimo e consueto del nostro bagno, assume tratti sostanzialmente differenti quando fatta all'interno di un reparto ospedaliero.

La cura, dunque, assume registri e valenze diversificate a seconda del *luogo, del setting, ovvero dal contesto* in cui, e da cui, prende forma.

Seppur ancora in forma generica è possibile affermare che il *contesto determina l'essenza della cura*, attribuendone una propria specificità e *direzione*. È, infatti, il luogo (pubblico o privato che sia) a determinare le caratteristiche e le valenze delle cure: un significato sicuramente differente viene data alla cura di una patologia tramite l'iniezione di un farmaco, praticato per via intramuscolare al proprio domicilio o in una sala medicazione ospedaliera..

L'importanza del contesto è connesso alle circostanze che definiscono quella *cornice di senso* entro cui le cure che si affermano.

I contesti di cura però non possono essere legati ai solo ambiti spazio-temporali, esterni e misurabili, poiché, quando ci riferiamo al contesto, c'è molto di più. Lo spiegano bene gli autori di Palo Alto quando definiscono il contesto nella pragmatica della comunicazione¹⁵.

Le regole, le consuetudini, le ragioni e i "movimenti" interni spesso taciuti dai soggetti che prendono parte alla relazione di cura, sono gli elementi determinanti che definiscono la parte non visibile del contesto. Il *contesto che non c'è* come lo chiama Mariagrazia Contini¹⁶ non corrisponde tanto alla situazione, all'oggetto, ai protagonisti che stanno agendo la comunicazione, ma comprende tutto ciò che è *non è visibile* che condiziona il visibile come: il già *accaduto*, il *sistema di valori dominanti*, *ciò che si spera o si teme accadrà*, le *relazioni di potere* e via dicendo. Queste sono le ragioni per cui i contesti entro cui si compiono le relazioni interpersonali si presentano ai nostri occhi opachi, ambigui e non decifrabile ad una prima e superficiale lettura. Questo vale anche per i contesti di cura.

¹⁵ P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jakson, *La pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1971

¹⁶ M. Contini, *La comunicazione intersoggettiva fra solitudini e globalizzazioni*, Milano, La Nuova Italia, 2002.

In riferimento all'ambito spaziale in cui si realizzano, possiamo fare una prima distinzione delle cure in *pubbliche o private*. Tale diversificazione come spiega Letizia Bianchi¹⁷ porta in sé una complessità di intrecci e di passaggi che non può avvallare l'idea di una netta dicotomia e gerarchia delle pratiche di cura. Pur stando ad una suddivisione riferibile al solo contesto fisico, esse si confrontano in un gioco tra continuità e discontinuità che le portano sovente a contaminarsi e confrontarsi.

Dentro le pareti domestiche, nel privato di ogni famiglia, all'interno di quel perimetro che delimita il dentro dal fuori, le cure assumono una entità riservata e nel contempo privata (il termine *cura familiare* ne esprime l'intima valenza). Al di fuori, invece, le cure si mostrano, si osservano e si controllano diventando di dominio pubblico-professionale: pensiamo alla cura educativa di un'insegnante, alla cura sanitaria di un'infermiera, alla cura sociale di un assistente-sociale, ma anche alla cura legale di un avvocato.

Oltre a qualificare l'entità della cura stessa, il contesto ne palesa a sua volta il *valore*: le cure del quotidiano familiare, volte dall'interno per il "dentro", vengono offerte nella loro oblatività e gratuità, mentre quelle "del fuori", dirette dalla comunità perché istituzionalizzate, vengono retribuite per aderire, oltre che a un mandato professionale per un bene collettivo, alle logiche del mercato sociale, sanitario o educativo.

A ponte tra i due contesti si tratteggiano le cure così dette *semiprivate o semipubbliche*, rappresentate da quelle pratiche che seppur espresse all'interno di un domicilio privato, vengono realizzate da professionisti regolamentati (come nel caso dell'assistenza infermieristica domiciliare, di una baby sitter o di una badante) chiamati formalmente ad esprimere una competenza di cura.

La *cura familiare*, le cui dimensioni originano, si estendono e rimangono nell'ambito domestico spesso vengono opinate come pratiche dell'*implicito*, del *consueto* o del *dovuto*. Ciò significa che quanto viene fatto all'interno di ciascuna casa risulta spesso ovvio, per certi versi dovuto, poiché nel nascere spontaneamente la cura si mantiene tale nel suo divenire. Le cure del privato rimangono perciò private, trascritte in una moltitudine di pratiche gestite quasi esclusivamente da donne che si dedicano a tempo pieno alla cura di uno o più familiari quali figlio/a/i, marito, compagno, genitore, sorella/fratello, suocero/a, nipoti. Sono cure che il più delle volte si compiono e si ripetono nel silenzio delle attività domestiche, cure per le quali non c'è né retribuzione né

¹⁷ L. Bianchi, *Cura familiare, cura professionale*, in: "Il lavoro di cura", G. Colombo, E. Coccevere, L. Bianchi, Roma, Carocci, 2004

riconoscimento, sfuggendo alla logica calcolante del mercato del lavoro e della visibilità sociale. Nei luoghi del privato le cure attribuiscono formalmente e simbolicamente alla donna il ruolo di *caregiver* (traduzione letteraria di colei che dà-offre le cure), portandola spesso ad accettare la dipendenza economica da altri. Sono le cure del *servizio* letteralmente inteso, volte a soddisfare i bisogni di tutti da tutti i punti di vista per assicurare o compensare le funzioni vitali dei propri familiari (mangiare, bere, vestirsi, lavarsi, camminare, comunicare) che vengono tesse nelle trame del quotidiano. Spesso si profilano come cure-del-tempo-pieno, anche se la donna oggi non può più dedicarsene in toto, poiché per necessità sociali-emancipatorie ed economiche è chiamata a dividersi tra il fuori e il dentro, tra lavoro professionale e lavoro domestico.

Le cure familiari sono intrinsecamente mosse da quella *vocazione* implicita che origina da un riconoscimento, esperienziale, transgenerazionale e di genere (il femminile) che comprende la *cura nella sua valenza ontologica*.

Poiché da tutti esperite e riconosciute, le cure del privato trovano il loro emblema nelle raffigurazioni della maternità e delle azioni del *maternage*, metafora e analogie della cura della vita oltre, naturalmente, che della persona. Per tale motivo spesso vengono accompagnate da simbologie che rimandano ad un archetipo (come nel caso di un abbraccio tra madre e figlio) che rappresenta il punto zero, la cornice da cui discendono, si articolano e si specializzano le altre forme di cure.

Le cure pubbliche, fornite all'interno delle istituzioni (ospedali, scuole, centri di residenze socio-sanitarie), vengono garantite dallo Stato per tutelare, promuovere e migliorare la qualità della vita del singolo e della collettività. All'interno dei suoi innumerevoli contesti, la cura pubblica viene espressa come *lavoro*; lo dimostra il fatto che nelle istituzioni vengono assunti degli operatori remunerati per prestare pratiche di cura. La cura professionale prende perciò avvio dal nuovo, da ciò che non è familiare, dirigendosi all'esterno, al fuori, verso ciò che ancora non è stato conosciuto poiché estraneo al privato. La qualità della cura del fuori si struttura su uno spazio asimmetrico, dove la responsabilità viene prevalentemente assunta e riconosciuta da uno dei soggetti della relazione. E' il caso delle relazioni sanitarie dove i "curatori" (medici, fisioterapisti, avvocati) hanno una posizione ben definita correlata al mandato, alle funzioni e alle "mansioni" spesso protocollate, codificate per offrire una cura standardizzata.

In questi contesti l'operatore è chiamato a svolgere con competenza professionale un *lavoro di cura* che si manifesta attraverso conoscenze, capacità specifiche e abilità personali la cui matrice risiede nelle cure vissute, apprese e svolte nell'ambito del proprio domestico-familiare.

La cura che si trasferisce nella dimensione pubblica ha sempre origine dai luoghi del privato da cui si dirige per *specializzarsi* in funzione del contesto che la comprende.

Nell'intento di comprendere il lavoro di cura Grazia Colombo¹⁸ è riuscita a ricondurre nelle aree *materiale, organizzative ed emotive* le principali dimensioni della cura. Come precisa l'autrice si tratta di dimensioni in stretta interazione tra loro, classificate al fine di rendere espliciti e razionali i passaggi operativi degli operatori.

La *dimensione fisica e materiale della cura* fa espressamente riferimento a quella pratica concreta che si svolge nell'incontro fisico dei corpi di coloro che entrano nella relazione di cura. È la dimensione che si occupa del corpo, delle sue parti, talvolta anche intime (si pensi alle attività delle educatrici del nido o degli infermieri durante le cure igieniche di una persona totalmente dipendente), dove ogni gesto risuona nel corpo dell'altro. È attraverso il corpo che vengono espresse le cure collegando i soggetti in una relazione reciproca che si stabilisce a partire dalle mani e dal tatto, spesso mediate da elementi come l'acqua, l'olio, lozioni, creme e profumi. La dimensione materiale della cura, in continuità con quanto riportato nel lavoro di Marie-Françoise Collière¹⁹, elaborano le cure di prima necessità che si ritrovano nella toeletta (pratiche igieniche e cure di bellezza), nelle stimolazioni sensitive, nelle pratiche di massaggio, nelle pratiche elaborate attorno all'alimentazione. È altresì possibile far rientrare in questa dimensione anche le cure di riparazioni, proprie della cura medica, per il trattamento di una malattia che ha conseguenze e/o ricadute sulla dimensione biologica della persona.

La *dimensione organizzativa* della cura fa riferimento alla presenza di quei progetti, degli obiettivi, delle attività e delle sequenze necessarie per produrre pratiche di cura. Tale dimensione consente di connotare e significare la cura al contesto, pur trattandosi della medesima azione o procedura riparativa. Ad esempio, l'applicazione di un bendaggio o l'esecuzione di una iniezione intramuscolare rappresentano pratiche che possono manifestarsi ugualmente sia nei luoghi del privato (a casa propria), sia nei contesti istituzionalizzati (un pronto soccorso o un reparto ospedaliero). Inoltre, esse possono

¹⁸ Colombo, Cocover, Bianchi, *Il lavoro di cura*, cit.

¹⁹ M.F. Collière, *Aiutare a vivere*, Sorbona, Milano, 1992.

essere realizzate con la medesima procedura sia da una madre, una zia, una badante (cargiver) che da una infermiera. Ciò che fa la differenza nella medesima attività/azione, non sarà l'azione con cui si compiono, quanto il progetto che le sorregge. Difatti, è l'obiettivo che porta a comprendere il *senso e delle direzioni dell'azione* da parte di chi pratica la cura. Quindi, parafrasando un principio espresso da Grazia Colombo, è *il progetto stesso che si mette in essere a qualificare il gesto di cura*²⁰.

La *dimensione emotiva* costituisce un contenuto fondamentale del lavoro di cura. L'operatore che sceglie di impegnarsi nelle pratiche di cura, seppur elargite da un pulpito professionale, deve essere consapevole che lungo il corso della sua occupazione verrà coinvolto, seppur con tonalità differenti, sul piano emotivo. L'illusione di una completa asetticità affettiva si delinea come una falsa verità, poiché l'esperienza insegna che ogni relazione di cura comporta sempre un *coinvolgimento emotivo*. Il problema, dunque, in continuità con quanto affermato da Colombo, non sta nel cercare di non far "sentire più le emozioni" all'operatore, ma di come renderlo capace, competente nel fronteggiare la forte esposizione emotiva all'interno dei contesti di cura, specie quando l'emotività si configura ingombrante o "invasiva verso di sé e verso l'altro"²¹. Dunque, per quegli operatori (insegnanti, assistenti sociali, ostetriche, medici, etc..) desiderosi di vivere una dimensione emotiva di cura anestetizzata, (ovvero senza sentire né l'altro né se stessi) per poter svolgere correttamente le proprie funzioni di cura, Colombo risponde facendo notare che "l'anestesia non fa sentire il *cattivo* ma neppure il *buono* e quindi l'operatore rischia di non sentire la parte gratificante del suo lavoro"²². Al fine di evitare di cadere in quella deriva logorante emotiva che induce a perdere interesse per la persona di cui ci si prende cura, è necessario sostenere gli operatori in questa dimensione costitutiva della cura, offrendo loro ambiti di ricostruzione dei loro percorsi operativi ed emotivi per fronteggiare il carico emotivo che la cura comporta.

2.5. Le condizioni dell'uomo e il bisogno di cura

Nel presentarsi sotto molteplici forme e sostenuta da una pluralità di discorsi, la cura si esprime in un vasto campo di estensione che comprende tutti gli ambiti dell'esistenza.

²⁰ Colombo, Cocover, Bianchi, *il lavoro di cura*, cit., pag. 27.

²¹ ibidem

²² ibidem

Come nel privato, così nel pubblico, la donna e l'uomo si prendono cura di chi ha bisogno, preservando, riparando e promuovendo nel contempo la vita.

La pratica di cura si configura come fenomeno denso, complesso e polisemico, talvolta problematico, invisibile e spesso silenzioso. Per le valenze di cui è portatrice, non può essere compresa nella sua frammentarietà e genericità, ma domanda di essere delineata da un approccio epistemico che ne permette di coglierne l'essenza.

Pur non essendo possibile giungere ad un concetto immediato e univoco è tuttavia possibile trovare un punto comune, un vertice osservativo condiviso per giungere ad una comprensione minimale della sua essenza.

Annoverare la *cura* come *categoria dell'essere*²³ potrebbe essere un tentativo per dare fondamento ad un concetto essenziale e costitutivo della vita umana. Dal momento che per sopravvivere l'uomo deve necessariamente *curarsi* delle proprie e altrui condizioni, è possibile sostenere, prendendo spunto dalla definizione di Antonio Balistreri²⁴, che *dovunque c'è l'uomo, c'è cura*.

Ma dove possiamo collocare tale categoria dell'essere?

La cura occupa gran parte della vita. Sia in termini attivi (essere-soggetto-agente di cura, ovvero un curante) o passivi (essere-soggetto-ricevente di cure, ovvero il curato) la donna e l'uomo *vivono* costantemente pratiche di cura per costruire le direzioni di senso della loro esistenza. Già a partire dall'origine della vita, la cura si inserisce come categoria implicita e manifesta, per il fatto che nella fase prenatale, la *carne materna, prodiga di cura, forma il primo ambiente di vita*²⁵. La cura dunque sta al di là degli scritti e delle riflessioni teoretiche, poiché si inserisce nel mondo-della-vita²⁶, nel vissuto di cura di

²³ La concezione di *categoria* si può correlare al termine impiegato da Aristotele (*Katēgoria*) per designare i predicati ultimi e più generali che si possono attribuire a qualsiasi cosa svolgendo una funzione logica e ontologica. Per Aristotele le dieci categorie (*sostanza, quantità, relazione, luogo, tempo, posizione, condizione, azione e passione*) consentono di definire esattamente gli *enti* in quanto li riconducono alla loro essenza più generale. È con Kant che viene rinnovato l'impianto logico e metodologico delle categorie, designandole non più come modi di essere della realtà, ma come *modo con cui l'uomo la conosce*. Le categorie nel pensiero kantiano sono infatti funzioni a priori dell'intelletto (concetti puri) che determinano le condizioni trascendentali dell'esperienza, ovvero le forme che i fenomeni devono assumere per divenire oggetti di coscienza. In seguito, il discorso sulle categorie è stato ripreso da Hegel, Gentile e Croce per i quali sono state considerate come *momenti del divenire* sia del reale sia del pensiero. Nell'indirizzo fenomenologico della filosofia contemporanea (Husserl) le categorie conservano ancora una *valenza ontologica* dove designano le strutture ideali che la descrizione pura ricava dalla realtà.

²⁴ A. G. Balistreri, *Prendersi cura di se stessi*, Apogeo, Milano, 2006, pag. 3

²⁵ Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., pag. 22

²⁶ Mondo della vita o *Lebenswelt* rappresenta, nella fenomenologia husserliana, una nozione fondamentale utilizzata per contrapporsi al mondo oggettivo, come presentato dalle scienze naturali. Tale concetto fa riferimento al mondo esperito ed esperibile da ciascun soggetto che deriva della relazione originaria tra la

ciascuno, di cui nessuna disciplina potrà mai riferire esattamente quali significati assume per quella persona.

La realtà umana si è costituita per mezzo di incessanti *forme* ed *estensioni di cura* inserendo l'uomo, in tutto il suo divenire, all'interno di una *trama di cure* caratterizzata da pensieri, azioni, situazioni e *contesti* abitati da atteggiamenti di *preoccupazione*, *angoscia* e *premura* per far fronte al proprio vivere. Ed è proprio nel recuperare il suo significato linguistico originario che troviamo nel termine cura i concetti appunto di timore e di preoccupazione (si noti, al contrario il termine *securitas* - *sicuro* che esprime quegli atteggiamenti esenti da timore).

Il *bisogno di cura* è dunque intimamente connaturato in ciascuna persona per il fatto che nessun uomo può divenire tale in una logica di autodeterminazione. Dal momento che la vita si svolge all'interno di uno spiegarsi di *fenomeni apprensivi* - su di sé e sugli altri - ben sintetizzato dalla celeberrima espressione "le preoccupazione della vita", ciascun uomo richiede e/o esprime *cure* per preservare, riparare e far fiorire il proprio e altrui "poter essere".

La cura si profila dunque come struttura dell'esistenza sviluppandosi come necessità, al contempo, universale e individuale della condizione umana. Per Mortari, infatti, la cura permette di coltivare ogni aspetto della vita che comprende sia la dimensione corporea che quella immateriale, includendo in essa la vita cognitiva, emotiva e spirituale.

Si può dunque asserire che la cura permette di rispondere a tutti i bisogni della vita e dell'uomo.

Le mancanze, i desideri, le necessità e le occorrenze che si presentano nel corso dello sviluppo umano vengono perciò corrisposti dalle espressioni della cura al fine di giungere alla realizzazione dell'essere nella direzione di un sempre migliore ben-essere.

Per preservare la vita e renderla il più possibile piena e appagante l'uomo deve poter dare risposta ai propri bisogni compresi e percepiti in relazione al momento in cui si presentano e ad una loro importanza gerarchica.

Lo psicologo umanista Abram Maslow nel definire una gerarchia di bisogni (ponendo l'analogia della scala e della piramide) ha descritto una tassonomia dei bisogni che a partire dalla *dimensione biologica* necessari per garantire la vita organica e l'integrità funzionale (bisogni di sicurezza fisica riferiti alla necessità di mangiare, bere, dormire e

persona e il mondo interno. La capacità di ciascun uomo di dare un senso all'oggetto con il quale entra in relazione apre al concetto di possibilità di aprire orizzonti sempre nuovi ed aperti di conoscenza.

termoregolarsi), continuano, evolvendo, nei bisogni di *sicurezza*, di *appartenenza* (come il bisogno di amare e di essere amati, il sentirsi autonomi e stimati dagli altri) e di *autorealizzazione* fino a giungere a quelli e trascendenza.

L'uomo, dunque, nel tentativo di dare risposta ai bisogni per poter raggiungere una momentanea situazione di appagamento e benessere, trascorre la sua esistenza curando-sè-e-gli-altri in modo da collocare gli atteggiamenti di premura, riparazione e promozione trasversalmente lungo tutto il corso della vita. Questo comporta dover riconoscere, allo stesso tempo, che la cura nella sua accezione generale può essere inserita in qualsiasi dimensione di bisogno, costituendosi, in tal modo, come reale necessità legata all'intima natura dell'uomo.

Dati questi aspetti, la cura può e deve essere stimata nell'ambito di una considerazione valoriale e sostanziale che la riconosce, comprendendola, come bisogno, necessità e nel contempo desiderio *intrinseco* alla natura dell'uomo, poiché parafrasando Balistreri, *il bene dell'uomo non è raggiungibile senza la cura*²⁷.

2.6. L'orizzonte esistenziale della cura

La cura come categoria fondamentale dell'esistenza umana per lungo tempo è stata poco considerata da chi si occupa e pratica un lavoro di cura.

Si deve a Martin Heidegger, filosofo contemporaneo a ponte tra fenomenologia ed esistenzialismo, nel 1927 una chiara e ampia tematizzazione della cura con l'opera *Essere e tempo* tematizza porgendo alcune chiavi di lettura per poterla racchiudere nella sua essenza.

Nel cercare di comprendere il senso dell'essere Heidegger vede nell'uomo *l'essere della cura*²⁸, considerando il fenomeno della cura come categoria filosoficamente rilevante e ontologicamente fondato. In riferimento ad un'analisi ben articolata sul tema, Cristina Palmieri sottolinea che *è nella cura che Heidegger scorge la struttura esistenziale originaria dell'uomo, l'essere dell'Esserci, a partire dal quale individuare l'orizzonte in cui poter comprendere il senso dell'essere dell'Esserci, e quindi il senso dell'esserci in generale*.²⁹

²⁷ Balistreri, *Prendersi cura di se stessi*, cit, pag. IX.

²⁸ M. Heidegger, *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 1976.

²⁹ C. Palmieri, *La Cura Educativa*, Franco Angeli, Milano, 2000, pag. 22.

Heidegger consegna nelle sue riflessioni una complessa immagine della cura, comparandola alla *stessa esistenza dell'uomo*, poiché sarebbe la cura stessa a determinare la costruzione soggettiva, la “forma”, il modo di essere di ciascuna persona.

Con il termine *Daisen* (tradotto in Esserci) il filosofo indica il modo di essere proprio di ciascun uomo che si forma in quanto essere-nel-mondo e quindi “gettato” in una effettiva situazione esistenziale in cui si danno le sue stesse possibilità di divenire ciò che può essere in quanto singolo ed unico. Nel pensiero heideggeriano l'Esserci rappresenta dunque l'essenza dell'uomo che si definisce sempre all'interno di una situazione, nella quale e con la quale vi mantiene un rapporto attivo, vivo e dinamico, ragione per la quale il filosofo intende precludere definitivamente qualsiasi opinione oggettiva di uomo come semplice-presenza³⁰.

Allora, alla luce di tali riflessioni, l'uomo deve essere intenzionato come *apertura*, come *poter essere*, *capacità di progettare* e, quindi, *possibilità*, poiché si inserisce dinamicamente nel mondo.

Ed è da questa trama concettuale che si è definito il pensiero di Heidegger sulla cura.

La cura rappresenta per l'uomo la condizione della sua progettualità esistenziale, poiché manifesta la struttura relazionale che offre la possibilità di formarsi, di divenire “ciò che può, concretamente, ma solo che *lui* può”³¹.

L'uomo per il fatto di essere-nel-mondo deve potersi *prendere cura* delle cose che occorrono ai suoi progetti, in modo tale da poter costituire il suo mondo come orizzonte di possibilità. Nel mondo, però, l'uomo non entra in relazione solo con oggetti, con se stesso o con materialità, ma, anche, con altri uomini, anch'essi pre-occupati dal mondo. Il suo-essere-con-gli-altri si esprime nel pensiero heideggeriano nell'*aver cura degli altri* costituendosi come forma di cura che sostiene la base di ogni possibile rapporto tra gli uomini.

L'*aver cura* si presenta allora come “essere l'uno per l'altro, l'uno contro l'altro, l'uno senza l'altro, il trascurarsi l'un l'altro, il non importare all'uno dell'altro”³² offrendo simultaneamente due possibili direzioni di cura: una prima tracciata sui territori della *difettività* e della trascuratezza, una seconda espressa da una pensabilità *integrale*, del riconoscimento dell'altro.

³⁰ G. Reale, D. Antiseri, *Il pensiero occidentale dalle origini a oggi*, vol. III, Editrice la scuola, Brescia, 1994.

³¹ Palmieri, *La cura educativa*, cit., pag. 23,

³² Ivi. pag. 26

La cura, dunque, può assumere quelle caratteristiche proprie dell'indifferenza, del non autentico riconoscimento dell'altro quando reputato come *semplice-presenza* o manifestazione oggettiva di un sé, oppure, nella dimensione auspicabile, può essere compresa nei paradigmi del riconoscimento.

In questo ultimo caso Heidegger identifica due possibili modalità di cura definite rispettivamente come *sostituire dominando* e *anticipare liberando*.

Nella quotidianità si può, infatti, aver cura dell'altro sostituendosi, *intromettendosi*³³ al suo posto, creando dipendenze e taciti predomini che rischiano di mettere in gioco la capacità progettuale dell'altro. La cura che sostituisce può incidere sul modo di esistere delle persone, dal momento che ciò che gli altri fanno o non fanno, determinano e definiscono l'essere dell'uomo; ragion per cui Heidegger afferma che un atteggiamento dominante potrebbe far sentire gli altri *espulsi dal loro posto, retrocessi*³⁴. Questa forma di cura la si può trovare in tutte quelle relazioni interpersonali, manifestate in diversi contesti (scuole, ospedali, servizi sociali), in cui il destinatario della cura diventa oggetto della cura stessa. Esse sono cure che intrappolano, che manovrano e minano la libertà di espressione e di progettazione del singolo. Sono cure che possiedono un'autorità unica e indiscussa decretata dal curante in funzione della sua posizione di dominio e di prevaricazione che va a limitare, o peggio, a rimuovere quello stato essenziale di autonomia a cui il curante è chiamato a preservare.

L'aver cura dell'altro intesa come pratica dell'*anticipare liberando* apre per Heidegger i presupposti ad una cura autentica, in cui viene data la possibilità all'altro di essere se stesso, appropriandosi contemporaneamente della cura e del *suo possibile prendersi cura del mondo e dell'aver cura degli altri*³⁵. Questa concezione presuppone che la cura non debba essere orientata al solo bisogno dell'altro, quanto, invece, volgere lo sguardo alla sua essenza, ossia al rapporto dell'altro con la sua possibilità di essere e divenire se stesso.

Martin Heidegger consegna dunque una immagine complessa della cura avviando un discorso capace di rendere conto del *valore* della cura, poiché la cura *dà forma all'essere* rivelandone la sua *funzione ontogenetica*.

³³ Palmieri, *La cura educativa*, cit., pag. 26.

³⁴ *ibidem*

³⁵ *ivi*, pag. 27.

Presentata nel suo orizzonte esistenziale la cura si svela, grazie al pensiero del filosofo, come fenomeno in cui l'uomo può individuare se stesso per il fatto di trovarsi nel mondo e di abitarlo, avendo la possibilità di vivere indifferentemente alle cose e agli altri (*cura difettiva*), oppure di vivere con il desiderio, con la premura di aver cura delle cose e degli altri. Un abitare l'esistenza che si attualizza in tal senso, apre l'orizzonte ad una cura che *coltiva ed edifica*³⁶, un abitare mosso dall'aspirazione della trascendenza che volge un'attenzione particolare al tempo della vita, tempo che accade in un mondo in cui si è con gli altri, nel quale si dà la possibilità di ricostruire il senso della propria esistenza, della propria cura e di ritrovare, di volta in volta, se stessi (e gli altri), per proseguire nel proprio progetto esistenziale.

2.7. Cura e relazionalità: tra presenze, distanze e pensabilità

Martin Heidegger nel consegnare una immagine di cura che guida l'uomo nella ricerca del senso dell'esistenza, schiude gli orizzonti all'intersoggettività propria dell'Esserci per il fatto che ciascun individuo ha intrinsecamente una *consistenza relazionale* che gli consente di diventare il proprio essere. Sono perciò le relazioni che ciascuna persona intrattiene con gli altri, con il mondo e con sé stesso a determinare la storia e, con essa, l'identità personale.

La pratica di cura, nella sua essenza è sempre di natura relazionale dal momento che si manifesta, definendosi, con azioni e comportamenti riconducibili alle categorie del dare e del ricevere, dando vita ad un metaforico gioco di andata e ritorno tra le parti. Riconosciuto e compreso il "moto" della cura si dà sempre all'interno di una relazione che genera un legame, un rapporto, che connette, articola e accomuna, ma, al tempo stesso, determina, differenzia e separa due o più persone.

Questa metafora consegna una immagine di cura che genera, si realizza ed evolve all'interno di relazioni che avvicinano e/o allontanano, per colorare l'esperienza intersoggettiva di valenze positive (piacere, amicizia, amore, benessere) oppure negative (mortificazione, rabbia, frustrazione, malessere), talvolta miscelandole.

La relazione di cura si può manifestare in termini di *presenza* dei soggetti coinvolti, ovvero quando origina e scorre dall'incontro dei *corpi* di coloro che prendono parte alla

³⁶ Mortari, *La pratica dell'aver cura*,. cit., pag. 2.

cura, oppure può evolvere in una relazione a distanza, quando occupa principalmente la mente di coloro che ne sono coinvolti, pur non trovandosi nelle medesima prossimità spaziale.

Soddisfare i bisogni di una persona come il dargli da bere, l'accudirla, o tentare di alleviare il dolore, ma anche proteggerla, assicurarla, ascoltarla, incoraggiarla, ammette un'interazione fisica fra i soggetti presenti nella relazione. Trovarsi al cospetto di, in prossimità, nell'intimità, stando a fianco, dietro, davanti, vicino, (ma anche relativamente lontano), diventano posture e comportamenti spaziali che introducono e qualificano la *presenza* delle persone, all'interno della relazione di cura, in funzione della loro corporeità.

Tale fisicità non è sempre essenziale poiché nelle pratiche di cura si connettono anche coinvolgimenti intellettuali, affettivi, volitivi, politici ed etici. Pertanto, la cura non necessariamente è chiamata a contemplare l'esclusiva presenza fisica dei soggetti coinvolti; si pensino, ad esempio, quelle forme di cura che si intrattengono nelle relazioni epistolari dove il prendersi a cuore l'altro non viene agito attraverso determinate *manifestazioni* tangibili ed osservabili, quanto, invece, trovano luogo nella premura di tenere presente l'altro nella propria mente, pensando-lo, dando-gli uno spazio nelle proprie riflessioni e preoccupazioni. Le relazioni di cura a distanza che si compiono in contesti differenti e talvolta in tempi diacronici (come la madre che con dedizione sceglie le provviste per preparare il piatto preferito al figlio che tra qualche giorno rientrerà a casa dopo mesi di studio all'estero) si caratterizzano all'interno di una relazione diadica in cui chi ha cura (in questo caso la madre) ha nel proprio pensiero e cuore una persona ben identificata di cui aver cura (il figlio). La lontananza non è dunque un ostacolo ferreo alla relazione di cura per il fatto che l'esperienza dell'altro, pur distante, prende posto nella mente di chi ha cura. È possibile allora ipotizzare che la *pensabilità* di chi cura – una pensabilità dell'altro e sull'altro - intesa come l'agire della mente ad accogliere, considerare e dare spazio all'alterità curata, sia l'elemento assoluto e paradigmatico delle relazioni di cura.

La pensabilità apre a sua volta lo spazio dell'*affettività* del soggetto pensante, perché il pensiero riporta a quella dimensione pre-occupante, tipica dell'aver a cuore, che si riscontra nella devozione interessata verso l'umana sacralità, come analizzata nei precedenti paragrafi. Ed è l'affettività, con i suoi molteplici moti e orizzonti, a

canalizzarsi nella relazione di cura per trovare un'espressione, un linguaggio che prende parola nella e dalla presenza con l'altro.

I pensieri e le dinamiche emotive del curante prendono forma all'interno della relazione diretta e concreta con il curato, quando le coordinate spazio temporali si incrociano tra di loro per dare origine ad un *incontro: un incontro che avvia i presupposti per una cura incarnata*. Si tratta di una cura che si concretizza nel volto, dove lo sguardo permette di svelare la presenza viva dei soggetti; una cura che può evolvere nel *con-tatto fisico* per mezzo del tocco dove le *mani* ed il tatto permettono il suo *manifestarsi*.

In questo modo la *presenza dei soggetti* può essere considerata come il punto di partenza - ma anche di arrivo - della relazione di cura, che nel suo divenire prende la direzione di un andamento spiroidale dove le dimensioni del pensabile e del sensibile (affettivo e corporeo) connesse alle categoria della distanza e vicinanza si intrecciano, si disgiungono ed accrescono.

2.8. Curare il ben-esistere

La cornice concettuale fin qui riportata mette in evidenza come il *prendersi a cuore l'altro, pre-occupandosene*, derivi dalla volontà di tenere presente nei propri *pensieri* il proprio interlocutore per dedicargli *riflessioni, emozioni ed affetti*, che si manifestano in *atteggiamenti e pratiche* che scaturiscono dall'intimo desiderio di procurare *benessere*.

Il benessere si può configurare come il luogo, la direzione, la meta che muove i soggetti a percorrere un viaggio che li porta ad *incontrare* per *svelarsi* nei territori della cura.

Il concetto di benessere è fortemente intriso di significati etici, morali e sociali che richiamano, in prima istanza, la condizione di *salute*. Compresa nella sua complessità, la salute non è da intendersi come la mera assenza di malattia, quanto la risultante dell'equilibrio di molteplici dimensioni, ragione che ha spinto l'OMS a definirla come uno stato di *completo benessere* fisico, psichico e sociale.

Il termine benessere viene anche utilizzato per designare una condizione di ricchezza e abbondanza; in ambito economico, infatti, indica quello stato di sviluppo e di prosperità di uno Stato, espresso e misurato dal Prodotto Interno Lordo (PIL), necessario a garantire un ottimo livello di vita e vantaggi equamente distribuiti tra i cittadini.

Il PIL e lo stato di salute non sono però gli unici parametri a determinare gli orizzonti e i

traguardi del benessere; sia nell'accezione individuale che collettiva entrano in scena una molteplicità di fattori/indicatori riconducibili alle dimensioni plurali dell'esistere, quali: lo stile di vita, il lavoro, il tempo libero, le condizioni ambientali e culturali, la salubrità dei contesti, le realizzazioni interpersonali, lo stato di salute e il progresso tecnologico. Per tali ragioni il concetto di *benessere*, corrisposto spesso al concetto dello *stare bene* (stare bene fisicamente, con se e gli altri o economicamente), volge il proprio significato all'accezione più ampia del *ben-esistere*. Il benessere, infatti, nel rappresentare contemporaneamente uno stato ed una meta, segnala le coordinate per condurre il soggetto nei territori della *qualità dell'esistenza umana*. L'agire umano in ogni momento della vita è mosso dalla costante ricerca di un orizzonte di sensatezza tendente ad una condizione sempre *ulteriore*, non ancora raggiunta, ma possibile, di benessere. È interessante, a tal proposito, comprendere come il vissuto e la rappresentazione di benessere personale, prenda origini dalle cure ricevute, con una funzione particolare a quelle forme esperite nei primi tempi della vita. Già nella fase prelinguistica e percettiva del neonato, lo stato di benessere viene legato al soddisfacimento dei bisogni corporei (la fame e la sete ad esempio), all'assenza di dolori, al bisogno di protezione (che si realizza tramite il contatto fisico-emotivo), al piacere degli scambi relazionali con le persone che lo hanno in cura e interagiscono con lui (come nel caso della madre) e al senso di *pienezza* e riconoscimento. L'esperienza di benessere, ma anche di malessere, si genera a partire da quei primissimi istanti della vita, dove il *corpo sensibile, vissuto e percepito* del bambino viene sostenuto e protetto dalle *cure materne*. Si deve allo psichiatra londinese Donald Winnicott una delle prime e più articolate analisi scientifiche elaborate su queste forme di cura (dette del *maternage*), riconoscendo alla figura della madre una funzione determinante per lo sviluppo fisico e psicologico del bambino. Nel corso delle sue ricerche lo psichiatra ha posto in evidenza come la mancanza di "cure materne devote" siano all'origine delle angosce infantili e delle difficoltà che insidiano la salute fisica e psichica della persona una volta adulto. Il benessere del neonato si correlerebbe così alla valorizzazione di quelle "cure adeguate" che hanno come punto di arrivo il corpo del neonato stesso. Attraverso un'*attenzione sensibile*, fin dai primi momenti della relazione, la madre *con-tiene* il proprio figlio, con il pensiero, con lo sguardo e con le braccia, lo raccoglie a sé, lo culla, lo *manipola* con cura riconoscendolo attraverso il massaggio, le carezze e le parole di apprezzamento. La cura materna, o *maternage*, si sviluppa per

mezzo dell'integrazione di specifiche azioni corporee con gesti di pensiero e di premura³⁷ manifestate con devozione, affetto e preoccupazione per preservare, conservare e generare il benessere del bambino. Quanto più la responsività della madre sarà tesa ad adattarsi e soddisfare i bisogni del proprio figlio, tanto più si verrà a determinare lo stato di benessere del bambino; esperienza che andrà a costituire quel prezioso patrimonio che accompagnerà l'esistenza della persona. Ma il benessere che si viene a creare nel maternage non può essere contemplato nella sola unidirezionalità, in una sorta di «neonatocentrismo», poiché dall'interazione di cura anche la madre trova soddisfazione, stando bene, con il proprio figlio.

Queste brevi considerazioni mettono in rilievo come la condizione di ben-essere (o ben-esistere) non possa essere raggiunto in termini individuali, di autosufficienza, poiché come afferma la Mortari *il ben-essere è sempre un ben-essere-con-altri*³⁸, la cui condizione si gioca nel paradigma della relazionalità.

Lungo il corso della vita tutte le persone sperimentano più o meno frequentemente momenti di dipendenza, di bisogno e di aiuto, in cui è necessario avvalersi delle diverse forme di cura. Si pensi, ad esempio alla situazione citata del neonato che deve essere accudito per poter sopravvivere, oppure all'adulto che a seguito di un ictus deve ricorrere ad una riabilitazione fisioterapica e logopedica per poter riprendere la propria attività motoria e fonatoria. La cura, in questi esempi, poiché tesa a preservare e riparare, si connota anche come *relazione di aiuto* che Palmieri - richiamando il lavoro di Andrea Canevaro e Arrigo Chieregatti³⁹ - definisce come una *forma di un'azione rivolta a qualcuno che per sopravvivere ha bisogno di essere aiutato da qualcun altro che si occupi di lui*⁴⁰.

In ogni caso le manifestazioni di cura, a qualsiasi livello, non vengono elargite unicamente per soddisfare i bisogni immediati al fine di far star bene nel presente (come l'accudimento del neonato o la ri-abilitazione dell'adulto) quanto, anche, per mettere l'altro (il curato) nelle condizioni di provvedere a sé, ai propri bisogni e al proprio benessere. Possiamo dire che ogni percorso di cura è al tempo stesso un *percorso educativo* teso a far acquisire pensieri, comportamenti e stili di vita che, oltre alla

³⁷ Per quanto riguarda le cure materne in età pre natale la pedagogia e la psicologia applicata a questa fase della vita mettono in luce come il pensiero materno sul proprio figlio sia già un atto di cura.

³⁸ Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., pag. 97.

³⁹ A. Canevaro, A. Chieregatti, *La relazione di aiuto*, Carocci, Roma, 2000.

⁴⁰ Palmieri, *La cura educativa*, . cit., pag. 92.

gestione delle problematiche, riconsegna ai soggetti la capacità di avere *cura di sé*, per essere in grado a propria volta di costruirsi come persone capaci di pratiche di cure per altri.

Data la sua intenzionalità promotiva la cura acquista un importante *valore formativo e trans-formativo*, evocando le metafore del «prendere forma» e dell'«acquisire una forma» aiutando il curato ad apprendere quei saperi necessari ad autoformarsi, per «costruirsi» ogni istante e in ogni esperienza, modificando, trasformando, quando necessario, la propria forma.

La cura esprime una sua fisionomia pedagogica, seppur raramente dichiarata, tendente a dipanare le potenzialità del soggetto affinché possa sviluppare auto-cura. È dando corpo all'autonomia della persona e alla valorizzazione della sua identità complessa e dinamica che la cura riuscirà a promuovere la passione per la ricerca dell'arte di vivere.

Quando la cura esterna riuscirà a promuovere la cura di sé attraverso la crescita di uno spazio interiore, di una riflessione sulla propria soggettività e un'indagine del proprio sé, la persona sarà in grado di prendersi cura delle sue dimensioni esistenziali, emotive, private e pubbliche.

La cura di sé diventa quindi la chiave di volta che agevola la possibilità di cambiamento e di nuovi apprendimenti, specie in quelle situazioni di debolezza, marginalità e vulnerabilità che spesso troviamo lungo il corso di una malattia o di una forte sofferenza. L'attenzione a sé porta il soggetto a recuperare gradualmente gli aspetti di senso di cui è portatore e verso cui tendere per la ricerca del proprio compimento e relativo *ben-esistere*.

2.9. Cura est omnis

Il percorso concettuale fin qui delineato disegna una mappa complessa e pluriforme della cura che prende luogo a partire dalle sue molteplici espressioni di dicibilità.

Il recupero delle polisemie e delle epistemologie tracciate, ci consente di abbandonare un approccio generico, frammentario ed ovvio per andare a recuperare le dimensioni *essenziali* della cura che si esprimono proprio nei contesti e nelle forme in cui essa si manifesta.

Per tracciare gli aspetti costitutivi della cura è necessario volgere lo sguardo anche verso ciò che non appare andando a dar voce a quanto essa simboleggia, in modo particolare,

nelle rappresentazioni metaforiche e archetipe.

Poiché tutti noi abbiamo avuto - e continueremo ad avere - esperienze di cura, sia nelle vesti di curanti e di curati, si delineano nelle nostre menti una molteplicità di immagini, di metafore e di analogie che rievocano i *sensi della cura*. Solo potendo indagare le ragioni, ma anche i sentimenti, di quanto è stato vissuto e/o si avrebbe desiderato vivere nei momenti della cura, possiamo recuperare i *significati* soggettivi che trovano forma nelle rappresentazioni e nei simboli di cui siamo portatori.

Immagini raffiguranti un *abbraccio*, un *cuore*, delle *mani tesi*, così come una *pianta che viene protetta per farla crescere*, una *madre che allatta il suo bambino al seno*, ma anche una *trousse di trucchi*, un *ospedale* o un *angelo*, rappresentano e simboleggiano alcune delle tante manifestazioni concettuali della cura, come è stato espresso nel corso di un'attività formativa rivolta ad un gruppo di studenti frequentanti un corso di laurea in Infermieristica⁴¹.

Aprire alle rappresentazioni della cura, senza voler indagare gli spetti fantasmatici propri dell'inconscio, significa raccogliere quelle immagini che più di tutte fungono da «modello» e da «esempio» e come tali, marcano il pensiero guida sulla cura.

Le immagini, infatti, nel rappresentare figuratamente un concetto, evocano ed esprimono un pensiero che nasce dall'elaborazione di uno stimolo esterno. Nel caso della cura, ad esempio, dopo essere stata vissuta direttamente nelle sue forme ed espressioni, viene elaborata, rivisitata, trasformata e riorganizzata dal pensiero di chi la vive, producendo delle immagini specifiche e particolari. Esse non saranno però «figure vuote» o asettiche, ma «figure piene», dense di contenuti semantici e valoriali da cui si dipanano i movimenti successivi in tema di cure.

Nel guidare la mente tali immagini assumono la funzione di «prototipo» a cui vengono ricondotti tutti i fenomeni che possono, o meno, avere a che fare con la cura.

Come per gli archetipi le rappresentazioni non hanno un significato esplicito, ma allusivo, metaforico, e dunque mai definitivo, seppur tendenti a proporre un traiettoria di senso verso cui volgere.

Se da un lato le immagini disegnano il sistema di aspettative verso cui orientarsi e fare riferimento, dall'altro rimandano alle posture relazionali da mantenere nel corso di una

⁴¹ Il richiamo a queste immagini fa riferimento ad alcuni delle tante raffigurazioni espresse dagli studenti nel corso delle sessioni formative all'interno dei *Laboratori delle relazioni di cura* tenuti dallo scrivente al Corso di Laurea in Infermieristica, nella Sezione Formativa Bologna 2 dell'Università di Bologna.

relazione di cura, specie in coloro che le elargiscono. Sarebbe interessante allora comprendere quali ricadute si hanno nelle cure che un infermiere mette in atto quando ha come immagine guida quella di un *angelo*, oppure di una *trousse di trucchi*. Altrettanto interessante è comprendere quali aspettative si generano nell'assistito in attesa di ricevere una cura sanitaria che ha come rappresentazione la figura di una *madre che allatta* oppure di una *pianta che viene protetta e fatta crescere*.

Le allegorie della cura come occupazione, preoccupazione, riparazione e promozione; le metafore del preservare, riparare e far fiorire; gli scenari della cura del-dentro-familiare o del-fuori-istituzionale; ma anche, cura raccontata come lavoro, organizzazione, apprensione, devozione, contatto e contenimento, vanno connesse alle mappe semantiche e alle immagini mentali che ogni singola persona produce e trasforma, sia quando soggetto-curante che soggetto-curato.

Le rappresentazioni mitologiche e simboliche sulla cura non sono affatto mancate. Oralmente o in forma scritta, di generazione in generazione, sono state tramandate alcune vicende che narrate sotto forma di metafore hanno condensato i fenomeni di cura in senso più ampio e generale come leggiamo di seguito nel mito di Cura.

Igino, antico autore latino, avvalendosi del linguaggio metaforico propone questa favola che è stata resa famosa da Martin Heidegger che troviamo citata nel suo scritto⁴²:

La "Cura", mentre stava attraversando un fiume, scorse del fango cretoso; pensierosa, ne raccolse un po' e incominciò a dargli forma. Mentre è intenta a stabilire che cosa abbia fatto, interviene Giove. La "Cura" lo prega di infondere lo spirito a ciò che essa aveva fatto. Giove acconsente volentieri. Ma quando la "Cura" pretese imporre il suo nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle che fosse imposto il proprio. Mentre la "Cura" e Giove disputavano sul nome, intervenne anche la Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché aveva dato ad esso una parte del proprio corpo. I disputanti elessero Saturno a giudice. Il quale comunicò ai contendenti la seguente giusta decisione: "Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché su Cura che per prima diede forma a questo essere, fin che esso vive lo possieda Cura. Per quanto concerne la controversia sul nome, si chiami *homo* poiché è fatto di *humus* (Terra)

Da questa narrazione dal sapore mitologico si apprende che l'uomo appartiene alla Cura poiché è la Cura stessa a costituirlo. La cura genera l'uomo – ci dice Igino - poiché ne ha dato la forma. L'uomo è frutto della cura, che nasce per un senso di premura e di attenzione nei suoi confronti.

Tutto questo è accaduto nel momento in cui Cura decide di guardare oltre, passando lo sguardo su qualcosa che altro da sé. Lungo il suo peregrinare Cura viene attratta da ciò

⁴² M. Heidegger, *Essere e tempo*, cit., pag. 247.

che sta al di fuori, anche se non è nobile e non ha valore, come il fango del racconto che è residuo e scarto. Mossa dalla curiosità lo pensa, se ne interessa e si avvicina preoccupandosene - *pensierosa, ne raccolse* – è stato scritto. Ci possiamo immaginare Cura che in silenzio si china, raccoglie il fango e una volta contenuto tra le mani lo inizia a modellare *plasmandolo con cura* per attribuirgli una forma che progressivamente diventerà propria quella dell'uomo.

Sarà poi Saturno, al termine della disputa con Giove, a decretare che spetterà a Cura di occuparsi del suo prodotto - l'uomo appunto - sino alla morte, tenendo insieme spirito (donato da Giove) e la terra (di cui esso è costituito e proviene), che significa in un'accezione più ampia il dover tenere insieme *forma e sostanza*. Questa metafora ci indica che Cura ha il compito di occuparsi di tutto ciò che ha a che fare con l'uomo, vale a dire sia l'aspetto materiale e fisico, e cioè il suo-essere-corpo, sia quello dell'immateriale composto di emozioni, vissuti, relazioni, storie, progetti, pensieri e via dicendo. Possiamo così affermare che che l'uomo è tenuto, sostenuto e supportato dalla cura finché è in vita.

Anche dalla metafora che ci propone Igino, la cura viene rappresentata come la struttura ontologica originaria di ciascuno di noi, come ha descritto Martin Heidegger nel definirla il *fenomeno ontologico-esistenziale fondamentale*⁴³.

La Cura è quindi l'essere dell'Esserci, ovvero ciò che noi siamo nella nostra sostanza. Proprio perché costruito ontologico, essa è al di sopra e precede qualsiasi comportamento e situazione. La cura, infatti, viene prima di tutto. Quello che noi oggi siamo, dipende in gran parte dal tipo di cura che abbiamo ricevuto a partire certamente dal nostro concepimento e arrivando ai primi anni della vita. Ma non solo. Tutta la nostra vita è in stretta connessione con il tipo di cura ricevuta ed esperita; la cura, infatti, ci condiziona e ci sostiene, sempre. Noi siamo sia oggetto sia soggetto di cura. Veniamo curati, accuditi e allevati e a nostra volta cureremo, accudiremo, intessendo una rete di rapporti intensi e pregnanti che costituiranno il nostro fondamento esistenziale. Dal concepimento alla morte siamo *strutturalmente ed essenzialmente* legati alla cura.

Passato, presente e futuro, quali tempi in cui prende forma il nostro essere, divengono anche i tempi della cura. Per questo Heidegger afferma che *la cura diventa quel modo di essere che accompagna per intero il cammino temporale dell'essere umano*⁴⁴.

⁴³ Ivi., pag. 245.

Nel capitolo precedente, quando ci siamo riferiti agli studi delle scienze bioeducative, abbiamo avuto modo di vedere come le modalità di cura tendono a scolpire e a formare la nostra esistenza, a partire dall'architettura cerebrale che ne viene condizionata. Nello specifico sono le *relazioni di cura* che intervenendo all'interno dell'esperienza individuale, qualificano il percorso di vita che ciascuno sperimenterà, in misura maggiore o minore, in base all'opportunità che viene data di sfruttare appieno i talenti e le chance legate alle diverse fascia di età, comprese anche quelle molto avanzate.

Le relazioni di cura promuovono a livello neuronale una serie di processi multipli che trovano il loro compimento nelle fasi di *apprendimento* e di *disapprendimento*. Tali processi risultano utili per ridefinire le modalità del nostro sistema corpo-cervello-ambiente, come chiaramente hanno analizzato Contini, Fabbri e Manuzzi⁴⁵.

Quando incontriamo delle manifestazioni di cura analoghe o simili a quelle già vissute, attraverso l'attivazione della memoria remota, esse passano di preferenza a livello delle sinapsi già codificate dall'esperienza precedente, dove il passaggio di un influsso nervoso attraverso le stesse vie neuronali ha in qualche modo aperto la strada.⁴⁶ Si rafforza un apprendimento per via di un'associazione che parte dalle tracce lasciate nelle vie neuronali dall'esperienza. Quando invece le cure che riceviamo sono esperienze talmente nuove, ad alto impatto emotivo e/o stressante, è possibile che ci portino a modificare e ristrutturare i nostri vissuti pregressi fino a farci rinunciare ai vecchi valori, abitudini, capacità e credenze a cui siamo stati abituati, per fare posto a quelli nuovi. In questi casi non è detto che la nuova struttura di significato sulla cura venga creata sopra a quella già esistente, generando così un nuovo apprendimento. Talvolta, infatti, si generano processi straordinari che fanno dissolvere la struttura di significato già esistente per farla sostituirla da quella nuova. Si crea quello che Walter J. Freeman definisce come *disapprendimento*⁴⁷

Le esperienze di disapprendimento determinano la liberazione di uno o più neuromodulatori nel cervello, in grado di allentare la trama sinaptica e aprire la strada al cambiamento. Un'importante sostanza neurochimica che partecipa al processo di tale

⁴⁴ Op. cit. pag. 248.

⁴⁵ M. Contini, M. Fabbri, P. Manuzzi, «Non di solo cervello» op.cit. pag. 175.

⁴⁶ » op.cit. pag. 144.

⁴⁷ W.J. Freeman, *Come pensa il cervello*, in M. Contini, M. Fabbri, P. Manuzzi. op. cit. pag. 177.

cambiamento è l'ossitocina⁴⁸ che viene liberata per brevissimo tempo al fine di consentire la disponibilità al disapprendimento.

Maurizio Fabbri, a tal riguardo, ci fa capire come siano le *nuove relazioni di cura* sperimentate in età adulta a cancellare le esperienze pregresse, creando le condizioni affinché si possano creare nuovi e differenti apprendimenti che vengono generati dal confronto con ulteriori stimoli e sollecitazioni, anche radicalmente divergenti da quelli precedenti.

Anche la neurobiologia ci conferma quanto la cura sia una categoria fondamentale del nostro essere poiché ci permette di apprendere sempre il nuovo per ristrutturare continuamente la nostra condizione data, e così promuovere cambiamenti ai fini della nostra autoregolazione esistenziale.

La cura richiede dunque un elevato tasso di pensiero, poiché su di essa è possibile fondare ogni discorso sull'uomo, sull'umano e sul vivere comprendendo i molteplici luoghi e forme in cui essa si manifesta.

Essendo al centro di molti saperi e pratiche ne consegue che tutti i paradigmi interpretativi non solo sono possibili, ma necessari per poter tessere un discorso articolato sulla cura, senza alcuna pretesa di esaurirlo né di presidiarlo. Poiché la cura appartiene a tutti, non saranno concesse discriminazioni di categorie, sia esse di natura valoriale, disciplinare e professionale.

In ugual misura e con pari dignità, educatori, medici, insegnanti, ostetriche, assistenti sociali, logopedisti, psicologi, podologi, infermieri, sacerdoti, dietiste, avvocati e pedagogisti *curano* la donna, l'uomo e i bambini proponendo atti di promozione e/o tutela e/o di riparazione del vivere. Anche senza rendersene conto le azioni di cura che i professionisti, ai vari livelli mettono in campo, *quando esse rispettose e adeguate*, consentono alla vita di riprodurre se stessa. Solo rispondendo ai bisogni e ai desideri, sia essi espliciti e che impliciti, insiti nelle dimensioni plurali d'essere di ciascuna persona, la cura potrà aiutare a vivere.

Al di là di ogni sua legittima specializzazione, espressione e tecnica essa è orientata alla cura dell'esistenza e della persona.

Nel momento in cui indossa il camice o la divisa propria di un operatore sanitario, così come il grembiule o l'abito di un educatore, ma anche portando qualsiasi altra veste –

⁴⁸ ibidem

come quella sociale, familiare, religiosa, politica ecc..., la cura riconduce al medesimo intento: quello di promuovere e tutelare l'Essere nella sua interezza, il che significa aver cura del singolo soggetto, della sua esistenza e di quella altrui.

Per il nostro essere soggetti non finiti e sempre in divenire, data la nostra costitutiva vulnerabilità e impotenza, per tutta l'estensione della nostra esistenza necessitiamo di azioni di cura.

Nel momento in cui dobbiamo recuperare una abilità fisica perduta a seguito di un incidente stradale, ad esempio, o quando necessitiamo di far chiarezza «dentro» per andare alla ricerca di noi stessi per dar vita a qualcosa di nuovo e di inedito, ricorriamo alla cura.

Per mano di altri essa diventa gesto che aiuta, sostiene, coltiva e genera proponendo azioni, intenzioni, accompagnamenti e incoraggiamenti. La cura si colloca così in un rapporto diretto con la formazione del soggetto che viene curato, incrociando nella sua individualità e specificità la dimensione pedagogica, di cui sopra abbiamo già accennato.

Attraverso le differenti forme e tipologie che troviamo specificate per disciplina e funzione professionale, la cura delinea diverse intersezioni che si legano all'educabilità propria di ciascun soggetto – uomo, donna, bambino che sia - sempre aperto e in cammino per poter dare compimento al proprio e altrui divenire.

2.10. I medici educatori

Il viaggio all'interno dei perimetri della cura ci sta facendo scoprire un inedito e, al tempo stesso, sostanziale «a-priori pedagogico».

Le cure tirano fuori risorse e progetti, *ex ducono* infatti, e formano coloro a cui sono dirette, anche quando vengono proposte con la sola intenzione di riparare o ripristinare, come nel caso di un danno biologico. Il loro costituirsi come *fenomeno ontologico-esistenziale fondamentale* comporta che, anche in assenza di una precisa volontà, le cure attivino una tensione *trans-formativa* orientata a ripristinare e a sviluppare la trama di vita della persona, specie quando lacerata da un grave evento patologico.

Le cure alla persona non sostano mai al di fuori di essa; trascendono e protendono all'interno, nel mondo interiore, diventando occasione di un possibile movimento, di ricerca di senso e di tensione al cambiamento, specie per chi le riceve nel momento di una

grande vulnerabilità esistenziale.

Le cure si situano dentro ad un percorso di vita del tempo presente, tempo che è portatore di una storia e di progetti, con desideri, speranze e orizzonti che il soggetto rivolge al futuro. Ed è il desiderio di esistere, come scrive Luigina Mortari⁴⁹ che rende sopportabile la fatica del vivere il presente, cercando di affidarsi alla cura come segno di speranza aperta al futuro.

Non si può dunque pensare che le diverse forme e prospettive di cura che si specializzano all'interno dei contesti sanitari, possano esaurirsi nella sola direzione di un ripristino organico e/o nella semplice promozione dello stato di salute. Le cure come luogo dell'essere aprono scenari e prospettive che coinvolgono gli ambiti della progettazione e riprogettazione esistenziale.

Questa è la ragione per cui si costruiscono ponti, si trovano nessi e spazi di continuità tra gli atti curativi medico-assistenziali e quelli educativo-pedagogici, come stiamo cercando di mettere in evidenza nel corso del presente lavoro.

È sufficiente volgere uno sguardo al passato per comprendere come questo intreccio sia stato riconosciuto e portato avanti proprio da chi ha esercitato, stando in prima persona sul campo, la funzione della cura medica. Molti sono i medici che hanno intravisto nel loro esercizio ben altro di meri corpi da curare e disturbi da trattare. Oltrepassato il limite della tradizione e dei formalismi scientifico-disciplinare alcuni medici hanno finito di privilegiare la funzione educativa del proprio operato, diventando pedagoghi a pieno titoli. I *medici educatori* sono entrati a pieno titolo nei territori della pedagogia disciplinare formulando teorie e modelli educativi che hanno tracciato la storia dell'educazione.

Ma ancor prima ricordiamo l'impegno dei tanti medici, che portando avanti l'opera pionieristica di Bernardo Ramazzini sul rapporto medicina e società, sono stati degli *educatori popolari* trasferendo le conoscenze riguardanti l'igiene e la sanità pubblica al servizio della salute e della collettività.

In primo luogo la medicina fu impegnata in chiave pedagogica per contrastare le gravissime deficienze igieniche che accompagnavano l'insorgere delle gravi epidemie di colera del tempo. La salute diventa un reale problema sociale e politico la cui tutela si sarebbe avuta contrastando le condizioni di vita miserabili, antigeniche e patologiche

⁴⁹ L. Mortari, *La cura come asse paradigmatico del discorso pedagogico*, in « La cura in pedagogia. Linee di lettura » a cura di V. Boffo, Clueb, Bologna, 2006, pag. 68.

diffuse soprattutto nella parte più povera della comunità. Progressivamente la medicina si apprestò a promuovere un modello di vita giudicato *normale* secondo lo standard della borghesia che nel tempo, come spiega Giorgio Chiosso⁵⁰ favorì l'insorgere forme di controllo sociale.

Due sono gli ambiti in cui i medici coniugarono la loro specifica funzione di cura della salute con quella educativa: il primo si trova in quello che diventerà la medicina preventiva; il secondo riguarda l'educazione degli allora considerati *a-normali*.

Le norme igieniche e le indicazioni ai comportamenti salubri entrarono nei trattati di pedagogia grazie all'idea di *salute pubblica*. Accanto agli interventi per migliorare le condizioni ambientali – costruzione sistema fognario, approvvigionamento idrico, isolamento dei malati contagiosi, ecc. – vennero trasferite le conoscenze sanitarie per sensibilizzare le persone verso la tutela della propria e altrui salute. La necessità dell'igiene personale e l'utilità dell'esercizio fisico, ad esempio, non furono più trasmesse quali norme di educazione ai buoni comportamenti sociali, come invece accadeva in precedenza, ma sotto l'influenza dell'ideologia naturalista e scientifica, vennero proposte come pratiche al servizio del corpo, considerato come un bene individuale, ma ancor più sociale. La cura del corpo, infatti, era alla base di quella che si pensava sarebbe stata una società più sana, più prospera, più produttiva e anche più forte, per essere competitiva sui tanti aspetti del vivere, - sistema produttivo ed economico- compreso come ricorda Chiosso, anche quello bellico⁵¹.

Molti medici si impegnarono in prima persona in campagne a difesa della salute: chi sostenendo direttamente l'educazione fisica o l'igiene della vista, ad esempio, nella profilassi scolastica, chi invece si dedicava alla scrittura e alla divulgazione di manuali con tematiche igieniche da trasmettere soprattutto nei luoghi di diffusione della cultura. Vennero così emanate istruzioni per l'igiene e la medicina in rapporto, soprattutto, alla vita comunitaria nelle caserme, negli accampamenti militari, nelle carceri, nelle scuole e nei collegi.

Nelle scuole, ad esempio, maestri e maestre erano sollecitati a ispezionare le pulizie delle mani e del viso, soprattutto le orecchie, di bambini e bambine prima di entrare a scuola, facendo passare il messaggio che la salute si preservasse prima di tutto eliminando la cattiva igiene. L'obiettivo pedagogico che troviamo in queste pratiche era molto ampio: i

⁵⁰ G. Chiosso, *Novecento pedagogico*, Editrice la scuola, Brescia, 1997, pag. 37.

⁵¹ Op, cit. pag. 38.

bambini, tornando a casa, avrebbero dovuto trasmettere i principi igienici in famiglia, rimuovendo le radicate mal consuetudini igieniche diffuse. Da questo punto di vista scuola, come analizza Antonio Santoni Rugiu⁵² assunse una funzione pedagogica insostituibile, al di là dell'insegnare a leggere, scrivere e far di conto.

Oltre ai medici altri pionieri di quella che diventerà l'educazione alla salute furono le levatrici e i farmacisti che a livello popolare diffondevano una nuova idea della salute sempre più lontana dalla superstizione e dalle implicazioni metafisiche.

Un altro ambito in cui la medicina diede un contributo rilevante all'educazione, fu quello che nel tempo diventerà campo di studio e di applicazione della pedagogia speciale, ovvero la cura e del recupero degli «anormali».

Una delle più straordinarie storie di cura medico-pedagogica, come la definisce Giuseppe Annacontini⁵³, fu quella che vide incontrarsi e scontrarsi il dottor Itard e il selvaggio dell'Aveyron. Itard pur essendo un medico viene riconosciuto ai posteri come l'*educatore del sauvage*, il bambino abbandonato e ritrovato all'età di circa dodici anni nella campagna dell'Aveyron, facendoci capire quanto siano labili i confini tra i due ambiti di cura che stiamo qui analizzando.

Siamo nel 1779 quando un preadolescente abbandonato, che ha vissuto la sua vita allo stato rozzo di selvaggio, viene catturato nei boschi montagnosi nell'attuale regione della Midi-Pirenei della Francia. Completamente nudo e incapace di parlare il bambino viene preso e portato a Parigi dove un gruppo di illustri medici, data l'originalità della sua condizione, decide di esaminarlo scientificamente⁵⁴.

Furono fatte diverse indagini e osservazioni con esami medici che muovevano dall'analisi dei tratti anatomici, alla lettura dettagliata dei comportamenti⁵⁵, per concludere al termine,

⁵² A. Santoni Rugiu, *Veste corta e veste lunga. Barbieri-chirurghi, balie e levatrici come educatori*, Il Ponte Editore, Firenze, 2009, pag. 93.

⁵³ G. Annacontini, *Dalla mano al pensiero. Nessi di pedagogia e medicina*, Pensa Multimedia, Lecce, 2012, pag. 13.

⁵⁴ Cfr. S. Moravia, *il ragazzo selvaggio dell'Aveyron*, Adriatica, Bari, 1984

⁵⁵ Da un rapporto medico molto dettagliato su una prima osservazione del Sauvage si legge : il bambino non cammina veramente, ma piuttosto trotta ; può correre senza diventare mai ansimante; adora rifugiarsi nei boschi, soprattutto col maltempo. Non è veramente sordo, ma non utilizza molto l'udito ; ha dei gusti e dei rifiuti alimentari molto precisi. Come linguaggio utilizza solo dei suoni gutturali ; ama essere accarezzato e abbracciato e benchè la maggior parte del tempo sia diffidente, qualche volta è capace di lasciar trasparire segni di amicizia. Dimostra inequivocabilmente di avere delle capacità di apprendimento, per esempio : «Quando è arrivato da Saint.Affrique, aveva l'abitudine di fare i suoi bisogni dappertutto. Oggi, quando se ne sente la necessità, di solito fa segno di aprirgli la porta ; esce e va in un cortile o in un luogo destinato a questa funzione». Cfr. A. Canevaro, J. Gaudreau, *L'educazione degli handicappati. Dai primi tentativi alla pedagogia moderna*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, pag. 51

senza alcuna formula di dubbio, con la diagnosi di «di imbecillità»⁵⁶. Il verdetto definito si profilò irreversibile proprio perché promulgato dai più autorevoli medici del tempo, che sostenuti dal metodo scientifico – osservazione e ricerca di leggi generali - vivevano dalla più alta credibilità sociale. In più, per quanto riguarda le malattie mentali era solito limitarsi a dichiarare lo stato di imbecillità di un individuo senza curarsi di stabilirne le cause e, tanto meno, elaborare forme di trattamento terapeutici o educativi. Solo nel 1792 lo psichiatra Philippe Pinel in servizio nell'ospedale di Bicêtre di Parigi propose audacemente l'abolizione della catena ai dementi, convinto che i malati di mente non andassero trattati come criminali e quindi potevano essere lasciati liberi nel manicomio⁵⁷. Nell'agosto del 1800 il medico ventiseienne Jean-Marc Gaspard Itard, collaboratore di Pinel e successivamente, di R.-A. Sicard all'Istituto per sordomuti, descritto come giovane idealista e uomo alienato⁵⁸, non potendo accettare l'inappellabile sentenza, decise di prendersi cura personalmente del sauvage dell'Aveyron.

Contrastando la concezione eziologica univoca e irreversibile, Itard ampliò lo sguardo sulla complessità della situazione di chi ha vissuto fino a quel momento una vita allo stato brado, in assenza di guide e modelli che avrebbero dovuto accompagnarlo a raggiungere la sua umanità. Si legge, infatti:

Se si desse da risolvere questo problema di metafisica: Determinare il grado di intelligenza e la natura delle idee di un adolescente il quale, privato dall'infanzia di qualsiasi educazione, sia vissuto interamente separato dagli individui della sua specie, o io mi sbaglio di grosso, o la soluzione del problema si ridurrebbe a non attribuire a questo individuo che un'intelligenza relativa al piccolo numero dei suoi bisogni spogliata per astrazione da tutte le idee semplici e complesse che riceviamo attraverso l'educazione e che si combinano nel nostro spirito in tante maniere attraverso il solo mezzo della conoscenza dei segni. Ebbene!

⁵⁶In particolare lo psichiatra parigino Philippe Pinel concludere la sua osservazione medica con un giudizio implacabile in merito alla sua educabilità. La diagnosi consiste essenzialmente in una lista di cose che il sauvage non sapeva fare. Leggiamo : *incapace di attenzione , ad eccezione per gli oggetti dei suoi bisogni, e conseguentemente incapace di tutte quelle operazioni della mente che essa comporta, sprovvisto di memoria, di giudizio, di attitudine all'imitazione, e talmente limitato anche nelle idee relative ai suoi bisogni, che non era affatto giunto ad aprire una porta o a montare sopra a una sedia per raggiungere gli alimenti che, spostati non erano a portata di mano ; infine sprovvisto di qualsiasi mezzo di comunicazione, non attribuendo nessuna espressione e nessuna intenzione ai gesti e ai movimenti del suo corpo, passando con rapidità e senza motivo presumibile da una tristezza apatica agli scoppi di risa più smodati ; insensibile a qualsiasi specie di sentimento morale ; il suo discernimento era soltanto un calcolo dettato dall'ingordigia, il suo piacere una gradevole sensazione degli organi del gusto, la sua intelligenza una suscettibilità di produrre alcune idee incoerenti, relative ai bisogni ; tutta la sua esistenza, in una parola sola, una vita puramente animale.* Cfr. Cfr. A. Canevaro, J. Gaudreau, *L'educazione degli handicappati. Dai primi tentativi alla pedagogia moderna*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993 pag. 52.

⁵⁴ Cfr. Cfr. A. Canevaro, J. Gaudreau, *L'educazione degli handicappati. Dai primi tentativi alla pedagogia moderna*, La Nuova Italia Scientific, Roma, 1993, pag. 53.

⁵⁴ Cfr. D. Guthrie, *Storia della medicina*, Feltrinelli, Milano, 1967, pag. 350.

Il quadro morale di questo adolescente sarebbe il quadro del “selvaggio dell’Aveyron” e la soluzione del problema darebbe la misura e la causa dello stato intellettuale di questi.⁵⁹

Contro chi riteneva il *sauvage* irricuperabile, Itard certo dalla sua concezione possibilistica cercò di mettere in campo una serie di iniziative di cura per il recupero della dimensione ontologica del ragazzo selvaggio. Fu la *cura totale* concretamente offerta al ragazzo che spinse alla definizione di alcuni traguardi educativi che avrebbero dovuto portare il ragazzo a *diventare un essere umano*⁶⁰.

Insieme a Itard, ci fu la governante Madame Guérin che ebbe un ruolo caratterizzante sull’educazione del *sauvage*, grazie all’insieme delle azioni, delle attenzioni e delle posture che, Andrea Canevaro, ha ben sintetizzato nelle funzioni del *maternage*⁶¹.

Fu proprio Madame Guérin a suggerire il nome Victor conferendogli una identità civile, sociale e ancor più umana. Appena lo prese in carico lo lavò e lo vestì provvedendo ai suoi bisogni materiali, ma non solo; gli offrì una casa, gli diede accoglienza e considerazione. In sintesi lo riconobbe prendendosi cura di lui.

Se Madame Guérin ebbe un ruolo centrale nell’occupazione concreta di Victor, il dott. Itard invece se ne preoccupò cercando di comprenderne i bisogni attraverso la lettura dei comportamenti che, come abbiamo detto, non volle considerare come i soli risultati di una malattia. Per Itard Victor non sarebbe stato un adolescente affetto da imbecillità, ma un bambino privato di cure.

Da questa angolatura Victor non viene più stigmatizzato da una diagnosi che ne impedisce le possibilità e gli orizzonti di un recupero esistenziale, ma fu il punto di partenza per la definizione di un progetto basato sul raggiungimento di alcuni obiettivi, che oggi potremmo definire pedagogici.

Gli interventi educativi che il dott. Itard propose per il recupero di Victor avevano la seguente finalità: 1) legarlo alla vita sociale, rendendogliela più dolce di quella che aveva abbandonato; 2) risvegliare mediante gli stimoli più forti la sensibilità nervosa; 3) estendere la sfera delle sue idee moltiplicando i suoi bisogni; 4) condurlo all’uso della parola; 5) esercitare le più semplici funzioni intellettuali⁶². Questi obiettivi mostrano la tenacia di Itard nel rifiutare il pessimismo medico derivante

⁵⁹ A Canevaro, *L’educazione degli handicappati*, op. cit. pag.53.

⁶⁰ S. Moravia, *Il ragazzo selvaggio dell’Aveyron*, op. cit.

⁶¹ A. Canevaro, *La formazione dell’educatore professionale. Percorsi teorici e pratici per l’operatore pedagogico*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991 pag.46.

⁶² A. Canevaro, *L’educazione degli handicappati*, op.cit. pag. 59.

da una prognosi infausta tentando, dal canto suo, di offrire un'*educazione possibile* aperta a tutte le dimensioni della persona-Victor.

Seppur a Itard vennero mosse parecchie critiche sulla sua opera pedagogica, per via anche dei scarsi risultati raggiunti tale da essere definita da alcuni come *modello di una rieducazione mancata*⁶³, ai nostri occhi il suo sforzo rappresenta il tentativo di un giovane medico che ha cercato di andare al cuore della cura; poiché, come scrive Andra Canevaro, mosso e dal suo empirismo e dal buon senso, *Itard ha aiutato un essere che non era nessuno a diventare qualcuno*⁶⁴.

Itard allora è un antesignano di una proposta di cura medica che si presente con una vesta molto più ampia, dove le conoscenze, i saperi e le pratiche, pur con le debite differenze e specificità, possono simultaneamente appartenere sia alla medicina che alla pedagogia.

Continuando a far riferimento a personaggi divenuti celebri contemporaneamente nei libri di storia della pedagogia che nei tomi di medicina, un posto importante spetta certamente all'italiana Maria Montessori, medico e pedagogista, come viene scritto nelle sue biografie.

Laureatasi in medicina nel 1896 e divenuta assistente alla clinica psichiatrica dell'Università di Roma, si dedicò allo studio e all'educazione dei bambini frenastenici, ovvero bambini con deficienza mentale e come tali, per l'epoca, considerati subnormali. A tal riguardo approfondì in modo particolare la conoscenza degli impegni operativi di Pinel, Itard e Séguin⁶⁵ con soggiorni a Londra e a Parigi dove entrò a contatto diretto con le prime esperienze di educazione degli handicappati.

Attraverso l'osservazione di questi bambini si rese conto di quanto i livelli di sviluppo fossero diversi per ciascuno e che l'apprendimento migliore si sarebbe avuto solo quando il bambino sarebbe stato pronto per apprendere. Da qui la Montessori capì che il problema dei bambini frenastenici non era solo una questione medica, bensì aveva rilevanza sociale ma ancor più di natura educativa, specie dopo aver constatato che con gli interventi pedagogici si ottenevano maggiori risultati rispetto alle cure mediche tradizionali.

⁶³O. Mannoni, In A. Canevaro, *L'educazione degli handicappati*, op.cit. pag. 62.

⁶⁴ibidem.

⁶⁵Eduard Séguin, nato nel 1812 e morto nel 1880, medico e iniziatore della pedagogia ortofrenica, è fautore della nascita di istituzioni speciali per minorati mentali. Egli fu allievo e collaboratore di Itard giacché entrambi ritengono che per lo sviluppo delle idee e delle sensazioni vi sia un'organizzazione neurologica da attivare.

Nel 1907 fonda la Casa dei Bambini dando il via al suo un impegno di ricerca sull'educazione che perdurò per tutta la sua esistenza.

Alla base della sua pedagogia vi era la volontà di rinnovare l'educazione combattendo contro i pregiudizi che vi erano non soltanto nei confronti dei bambini subnormali, ma dell'infanzia intera.

Furono le conoscenze proprie della medicina, della psicologia e della biologia unite alla capacità di ricorrere all'osservazione sperimentale, che portarono la Montessori ad ideare una pedagogia scientifica fondata su studi obiettivi e precisi, liberandola da implicazioni idealistiche, filosofiche e dalle tante consuetudini adultocentriche allora vigenti.

La pedagogia doveva essere scientifica proprio perché doveva rispettare le leggi dello sviluppo del bambino, dal momento che, scrive Chiosso, la Montessori criticava il comportamento arbitrario che gli adulti tenevano nei confronti dell'infanzia, tendenti a guardare più ai propri punti di vista che alle leggi della natura dei bambini⁶⁶.

Grazie alla Montessori il bambino diventa un mondo di conoscenza da scoprire, con una sua specificità cui attingere per individuare i processi, i percorsi, e i passaggi di crescita. Educare, per la Montessori, significava aiutare il bambino a sfruttare la potenza autoeducante di cui ognuno riteneva fosse portatore. *Aiutarmi a fare da solo* è una delle frasi più celebri della Montessori come pedagoga e, al tempo stesso, medico che sintetizza il suo pensiero base sull'educazione.

Il metodo pedagogico montessoriano offriva una visione di educazione come un aiuto alla vita, un'educazione come cura delle potenzialità uniche e irripetibili di ciascun bambino, nel rispetto del suo sviluppo e nel più intimo bisogno di conoscenza e di esplorazione della realtà che lo circonda.

Per questo era necessario - scrive Tiziana Pironi⁶⁷, che fin dalla prima infanzia il bambino fosse stimolato allo sviluppo dell'autonomia e della coscienza individuale per favorire la «libertà di scelta», evitando, ad esempio di ricorrere ad espedienti ritenuti dalla Montessori diseducativi quali i premi e i castighi, che andavano a limitare il libero arbitrio.

La scuola doveva essere funzionale e aderente alle esigenze di sviluppo del bambino, uno sviluppo non idealisticamente spontaneo ma determinato da molteplici condizionamenti

⁶⁶ G. Chiosso, *Novecento pedagogico*, Editrice la scuola, Brescia, 1997, pag. 101.

⁶⁷ T. Pironi, *Da Ellen Key a Maria Montessori: la progettazione di nuovi spazi educativi per l'infanzia*, in RPD, 2010, 5,1.

biologici e psicologici che dovevano essere programmaticamente rimossi. Presupposti ineludibili del processo educativo saranno, quindi, un ambiente adeguato, un maestro capace di dirigere, pur nella sua autonomia, l'attività del bambino e un materiale didattico scientificamente costruito.

Grande attenzione della Montessori fu dato all'ambiente che costituiva la Casa dei Bambini che doveva essere arredato a misura del bambino dotato di materiale da lei definito come scientifico, per via della stimolazione sensomotoria e intellettuale che adava a stimolare.

Il rigore del suo metodo deriva certamente dall'esperienza pregressa del suo lavoro con i bambini frenastenici, all'epoca emarginati, rifiutati e derisi, ma anche dall'influenza del metodo clinico appreso dalla medicina. Lo possiamo rintracciare in tutti le sue considerazioni che hanno come punto di partenza un bambino vivo e concreto, con il quale la Montessori entrava in contatto. Nessuno dei suoi scritti, infatti, tratta del bambino astratto e nemmeno di teorie metafisiche sull'educazione. La sua produzione pedagogica fa riferimento ad obiettivi concreti e uguali che possono essere validi e adattabili sia al bambino frenastenico, sia a quello bambino sano.

Nello stesso anno in cui a Roma la Montessori apre la Casa del Bambino, in Belgio un altro medico fonda l'*Ecole pour la vie par la vie*, conosciuta anche come scuola dell'Ermitage dal nome della via in cui aveva luogo. Siamo parlando di Ovide Decroly, medico, psichiatra e pedagogista belga.

Laureatosi in medicina nel 1897, si specializzò in neurologia e psichiatria, dedicandosi, poi, al problema della rieducazione dei bambini con problemi psichici e di apprendimento. Tale esperienza gli permise di elaborare una metodologia pedagogica innovativa, anch'essa come per la Montessori, sarà di fama internazionale.

Nel 1901 Decroly fonda l'*Ecole pour enfants irreguliers* reclamando il diritto all'educazione dei soggetti "anormali" contrastando chi sosteneva che il bambino irregolare fosse incurabile, irrecuperabile e non educabile. Dalla sua posizione di medico era fermamente convinto che l'educazione degli irregolari sarebbe stata possibile facendo riferimento a metodi adeguati e a tecniche di intervento appropriate.

Presupposto all'educazione che veniva proposta, era la conoscenza della storia del disagio del bambino, il che equivaleva all'elaborazione di una diagnosi corretta, basilare per la formulazione di una terapia consona al reinserimento sociale. La conoscenza dei

processi evolutivi e delle capacità dell'educazione sarebbe stata resa possibile con l'applicazione dei mezzi della psicologia sperimentale che avrebbe fatto il ricorso all'utilizzo dei test. Come si può ben comprendere anche il pensiero pedagogico di Decroly risente della conoscenze e del metodo clinico proprio della medicina.

Per conoscere il bambino si avvale di un questionario medico-pedagogico che toccava vari aspetti del bambino: l'esame fisico dei sensi e delle funzioni motrici, l'esame del linguaggio, l'esame psicologico, lo studio del carattere, dello stato morale, delle relazioni sociali e l'esame delle acquisizioni scolastiche. Formulata l'anamnesi si avvale di interventi specifici riguardanti diverse forme di educazione come quella sensoriale, motrice, affettiva ed intellettuale.

Tali principi vennero poi applicati all'*Ecole pour la vie par la vie* (scuola per la vita, attraverso la vita) diventando un vero e proprio laboratorio di sperimentazione didattica teso a promuovere una nuova idea di educazione che tenesse conto dei bisogni primari dei bambini e dell'ambiente in cui vivevano. Il suo pensiero pedagogico ruotando intorno al principio dell'interesse-bisogno sul piano degli apprendimenti, propone una scuola a misura degli interessi e delle capacità del bambino in grado di rispondere, quindi, ai suoi bisogni fondamentali.

Il dr. Itard, la dr.ssa Montessori, il dr. Decroly, così come altri (Edoardo Claparède, Maurizio Bufalini e Lorenzo Martini) partendo dall'esercizio della pratica medica riuscirono a trovare la strada affinché la cura non si limitasse al solo trattamento del danno funzionale – nel loro caso relativo agli aspetti psichici – ma aprisse a tutte le dimensioni del vivere e della progettualità esistenziale dei loro curati. Per fare questo capirono che solo proponendo una cura che fosse al tempo stesso anche educativa, poteva raggiungere le mete che si erano prefissati: promuovere l'uomo in quanto tale e cercando di favorirne la sua crescita e la sua liberazione e libertà, senza rimanere fermi al limite, alla malattia o deficit di cui era portatore.

Le prospettive di cura che i medici educatori hanno promosso richiamano certamente il valore dell'*integralità* dei loro curati, poiché tutte le azioni erano dirette alle dimensioni plurali del vivere (fisiche, cognitive e affettive) tenendo uno sguardo attento e premuroso allo sviluppo dell'*integrazione sociale*.

In più, l'apporto dei medici-pedagogisti contribuì ad imprimere alla pedagogia una fisionomia più scientifica e sperimentale, più attenta ai dati di fatto che alle mere

concezioni teoretiche. La metodologia clinica e l'epistemologia delle scienze naturali hanno fatto sì che anche in campo educativo ci fosse attenzione ai fatti, ai fenomeni, alle osservazioni, così come alla creazione di ambienti, tecniche, materiali capaci di tradurre in eventi misurabili i processi educativi.

2.11. Medico, educatore, uomo, ma soprattutto *artista della cura*: Janus Korczak

Per concludere riprendiamo il nostro percorso sulle tracce della cura. Tre sono le dimensioni in cui si dispiega la cura, e precisamente: *cura di sé*, *cura degli altri* e *cura del mondo* che comprende, quest'ultima, stando a Rita Fadda, la cura rivolta al Noi della società, la cura delle tradizioni e della cultura, la cura del linguaggio, dei valori e della politica⁶⁸.

Sono dimensioni tra loro interdipendenti e indissociabili poiché si avvicinano, si richiamano e si coinvolgono in un continuum che abbraccia l'intero arco della vita del singolo e della società.

Senza ombra di dubbio, il paradigma del *curare l'altro* rappresenta la forma di cura per eccellenza; è la prima che ci viene in mente quando facciamo riferimento alle azioni di un operatore sanitario o di un educatore nei confronti del suo soggetto. La cura degli altri, ricordando Heidegger, diventa per chi la riceve una cura *per* la sua esistenza e *della* sua esistenza, indipendentemente che venga rivolta ad una sfera particolare del suo essere, come alla dimensione fisica nel caso di una malattia. Ma la cura non si esaurisce qui. Nell'essere donata diventa contemporaneamente anche cura dell'esistenza di colui che la presta e, in una prospettiva certamente più ampia, può essere ricondotta alla cura dell'umanità di cui facciamo parte. Ma vediamo come.

Non è raro ascoltare espressioni del tipo: «prendendoci cura dell'altro, riusciremo a recuperare e curare una parte di noi», oppure, «Quell'operatore – medico, infermiere, psichiatra... - ha scelto di svolgere la sua professione per curare, forse, un po' anche sé stesso».

Come mai queste frasi? Quali significati hanno? È possibile affermare che curando gli altri, si cura anche sé stessi?

⁶⁸ R. Fadda, *Il paradigma della cura. Ontologia, antropologia, etica*, in «La cura in pedagogia. Linee di lettura» V. Boffo (a cura di), Clueb, Bologna, 2006, pag. 26

Le domande aprono ad uno scenario intricato che svela l'ambiguità e l'ambivalenza della cura stessa, perché, per dirla con Cristina Palmieri *ogni cura di un disagio è anche un tentativo di separazione di sé da quel disagio*⁶⁹ e, dunque, non si curerebbe solo per la volontà di sanare, o di rendere vivibile, accettabile e condivisibile la vita dell'altro, ma anche per prendere in mano un «tassello di sé».

Quando si cura entrano in campo diversi processi di traslazione, veri e propri movimenti affettivi, volitivi e cognitivi che trasferiscono un po' di sé nella relazione di cura. Le traslazioni, come ci spiega Maurizio Fabbri⁷⁰ sono una condizione della cura, che sorreggono un gioco di proiezioni, di scambi e di identificazioni, portando i soggetti a ricercare una parte di sé nella relazione e nell'altro. Per questo la cura è ambigua. In essa si intrecciano e convivono più vocalità, figure multiforme e ordini di bisogni che vengono espressi sia da chi presta le cure, sia da chi le riceve.

Anche quando sembra separare, la cura, invece, avvicina, integra e unisce le storie, le attese, i corpi e gli affetti dei soggetti che prendono parte alla relazione che li accomuna, donando ad entrambi un «qualcosa in più» che deriva, proprio, dal loro incontrarsi nella cura.

Nelle relazioni di cura, curato e curanti possono *ritrovare* un po' più di loro stessi e così confermare la propria storia, in virtù delle esperienze già vissute che rafforzano quella presente. Diversamente può accadere anche il contrario, vale a dire che ci si debba *ridefinire* disapprendendo e costruendo nuove esperienze e significati che si vanno a delineare, pur all'interno di pratiche simili di cura, per via di quei sofisticati meccanismi che abbiamo visto in precedenza con le scienze bioeducative.

Allora, la cura dell'altro può diventare anche una *cura di sé* nel momento in cui permette al curante di tenere insieme pezzi della propria vita ritrovandosi nella cura, oppure, quando, nell'essere sollecitato a una ridefinizione, si apre a nuove esperienze, apprendimenti e crescite.

La nozione di cura di sé è stata presentata da Michel Foucault⁷¹ come un'arte dell'esistenza che investe la nostra vita interiore. La *cura di sé - o cura sui*, rimanda alla

⁶⁹ C. Palmieri, *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*. Franco Angeli, Milano, 2003, pag. 79.

⁷⁰ M. Fabbri, *Il transfert, il dono, la cura. Giochi di proiezione nell'esperienza educativa*. Franco Angeli, Milano, 2012

⁷¹ M. Foucault, *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano, 1985.

capacità di comprender-si attraverso l'ascolto e il dialogo che ciascuno trattiene innanzitutto con sé.

Cura sui è autoriflessione che ci aiuta a guardarci e sentirci; è pratica che consente di «interpretarci» per poter progettare la nostra forma.

Fu Socrate a parlare della cura di sé come uno dei fondanti obiettivi formativi della persona e, al tempo stesso, anche come impegno etico. Al giovane Alcibiade, desideroso di intraprendere la carriera politica, ci racconta Luigina Morari, Socrate spiega dell'impossibilità di governare gli altri, senza essersi prima sottoposti ad un percorso formativo che consiste, nello specifico, nell'*imparare ad aver cura di sé*⁷².

La *cura sui* è un atteggiamento e una pratica che ci consente di protendere verso il nostro mondo interiore per peregrinarvi alla ricerca nuovi e cangianti dettagli dell'esistenza. Chiaramente è un viaggio che non ha soste; prepara sempre a nuovi trasferimenti. La cura di sé, infatti, è il punto di partenza che ci consente di *sporgerci da noi* per prenderci cura degli altri e del mondo in cui viviamo.

Non è pensabile quindi che ci si possa occupare degli altri senza prima aver provveduto alla cura di sé. E quando questo accade si corrono dei rischi, delle irregolarità o delle eccedenze che possono rilevarsi non solo incuranti, ma spesso anche dannose.

Nella cura si riscontrano imprescindibili prospettive etiche e morali da cui ne derivano obblighi e impegni che tessono un sistema di responsabilità che, leggendo la prospettiva di Rita Fadda, si esplicita nel

dovere di tutela, di riconoscimento e salvaguardia dell'alterità e inappropriabilità dell'altro inteso come persona, con tutto ciò che l'essere persona comporta, e in primo luogo il suo diritto inalienabile ad essere aiutato a divenire ciò che è e non ciò che altri vorrebbe che fosse, a progettarsi e non ad essere progettato, a cercare la sua via senza che qualcuno la tracci per lui, ad essere accompagnato e guidato ma non invaso e violato, a scegliere e scegliersi senza che altri scelga per lui⁷³.

La responsabilità della cura prende così forma nel rispetto di tutti coloro che vi entrano a farne parte, compreso il contesto umano nel quale si è inseriti e si appartiene.

La cura dunque non è statica o amorfa, al contrario, per certi versi è inquieta. Viaggia, in un moto continuo di andirivieni, nei tempi e negli spazi dell'individualità per approdare nei perimetri e nelle aree dell'alterità e, senza mai arrestarsi, traghetta verso gli orizzonti

⁷² L. Mortari, *La cura come asse paradigmatico del discorso pedagogico*, in «La cura in pedagogia. Linee di lettura» a cura di V. Boffo, Clueb, Bologna, 2006, pag. 61.

⁷³ R. Fadda, *Il paradigma della cura. Ontologia, antropologia, etica*, in «La cura in pedagogia. Linee di lettura» V. Boffo (a cura di), Clueb, Bologna, 2006, pag. 33.

della mondialità. Nel suo viandare spesso è sorretta dalla solidarietà, dalla richiesta di partecipazione, dalla condivisione e dal rispetto facendosi così *dono* agli altri.

La cura e il dono diventano i due paradigmi determinanti che orientano l'esistenza dei singoli, di una comunità, ma anche del destino degli uomini, come possiamo ritrovare leggendo tra le righe della storia e delle opere di Janusz Korczak.

Henruk Goldzmit, vero nome di Korczak, che lo usò come pseudonimo letterario, fu un medico pediatra, pedagogo, scrittore e libero pensatore che dedicò tutto sé stesso alla cura dei bambini e dell'infanzia. Per il fatto di essere ebreo Janusz Korczak terminò prematuramente la sua vita nel campo di sterminio di Treblinka, insieme a duecento bambini di cui *aveva cura*, ospiti della Casa dell'Orfano che dirigeva da circa trent'anni a Varsavia. Era il 1942.

La sua vita è stata una testimonianza viva e concreta di un pensare e realizzare la cura mossa nelle tre direzioni che stiamo qui trattando.

Korczak si prodigò per una cura che non fosse soltanto medica, ma anche pedagogica e al tempo stesso esistenziale, dal momento che si occupò della globalità e integrità dei bambini che incontrava. Questa era la sua cura per l'altro.

Si prese cura dell'infanzia con la speranza di liberarla dai pregiudizi e dall'ignoranza, nonché dalle gravi condizioni in cui versavano i bambini nel periodo della seconda guerra mondiale in cui prodigò a pieno la sua opera.

Nei primi anni della sua attività esercitò la professione di medico in un piccolo ospedale pediatrico di Varsavia. Ben presto però si accorse che benessere, crescita e stato di salute rappresentavano per il bambino un'unica realtà inscindibile. Questo lo fece sentire limitato all'idea di occuparsi soltanto delle patologie; per lui esercitare esclusivamente la pediatria rischiava di diventare un ostacolo per quello che sarebbe stato il suo progetto di cura: comprendere più approfonditamente il bambino, il suo mondo e, in un'accezione più ampia, il mondo dell'infanzia e forse, da questa prospettiva, l'intera umanità.

Con grande lucidità arrivò alla conclusione che per prendersi cura dei bambini, occorreva comprenderli nella loro interezza; solo così sarebbe stato possibile sostenerli nel loro percorso della loro crescita. Korczak integrò i saperi appresi dalla medicina a quelli della pedagogia (accostandosi prevalentemente al pensiero di Pestalozzi con il quale ebbe contatti diretti), della psicologia, ma anche della storia, della poesia, della letteratura. Pubblicò e scrisse numerosi articoli, trattando una vasta gamma di problematiche non

soltanto di natura sanitaria, ma riferite alle questioni educative e sociali dell'infanzia con cui si confrontava ogni giorno. Approdò così al mondo della letteratura come scrittore originale dei bambini e sui bambini, usando un linguaggio chiaro e parlato, che nel rispecchiare le autentiche espressioni colte dal vivo dei bambini, testimoniava il loro modo di pensare. Con grande immediatezza e semplicità gli scritti di Korczak arrivarono al lettore riuscendo a toccare e intelletto e sentimenti.

Korczak è noto nella storia dell'educazione per aver fondato una concezione moderna di educazione che parte dall'organizzazione degli istituti di tutela e cura dell'infanzia. Le sue ricerche educative, infatti, vennero messe in campo nel periodo in cui gli orfanotrofi, i brefotrofi e asili di ogni genere spesso calpestavano la dignità dei bambini per via delle frequenti cure - fisiche ed emotive - che lasciavano i segni di un'educazione incurante propria dell'istituzionalizzazione. Si impegnò in prima linea mettendo fine a tali consuetudini, proponendo un sistema di tutela igienica-educativa basata sui presupposti e sulle conquiste più avanzate in campo della scienza medica e dell'educazione. Avviò interventi per promuovere lo sviluppo fisico-corporeo e tutelare la salute dei bambini con attività rivolte all'igiene personale, alla pulizia dei locali, all'esercizio fisico e all'alimentazione adeguata. Tutto veniva sorretto da controlli sanitari costanti e ben documentati.

Il forte accento posto alla *cura igienica del corpo* non deriva solo perché Korczak fosse un medico, tale orientamento ha radici più profonde nel tempo; infatti, tutti i più noti pedagogisti promotori di nuovi modelli educativi sono stati anche degli igienisti *sui generis*, preoccupandosi di creare le condizioni ottimali per lo sviluppo del bambino. Cura fisica e cura educativa trovano in queste esperienze una perfetta sintesi e completamento.

Per trent'anni fu direttore della Casa degli Orfani per bambini ebrei a Varsavia dove vi elaborò e sperimentò le sue idee ed esperienza di pedagogo che vennero riportate in numerose pubblicazioni. Tra le più note ricordiamo: *Come amare il bambino* (1920), *Il diritto del bambino al rispetto* (1929), *Regole di vita* (1930), *Pedagogia amena* (1939).

Korczak presenta un sistema educativo originale, sostenuto da una metodologia scientifica e rigorosa che, come abbiamo già visto con gli altri medici educatori, risentiva della formazione ed esperienza medica di cui era portatore.

Le sue riflessioni danno spazio al *rapporto educatore-bambino*; un rapporto, come si legge nei suoi scritti che dovrebbe valorizzare la partecipazione e il riconoscimento del bambino in tutti i suoi bisogni e desideri poiché *non esiste educazione senza partecipazione del bambino*⁷⁴ scrive chiaramente Korczak. È importante che l'educatore sia disposto ad amare i bambini e ancor più in grado di promuovere il loro benessere e la loro crescita coinvolgendoli concretamente. C'era bisogno di un educatore che:

*“non schiaccia ma libera, non trascina ma innalza, non opprime ma forma, non impone ma insegna, non esige ma chiede (...) che osservando attentamente il bambino, può proporgli un programma su come arrivare a conoscersi, come vincersi, quali sforzi affrontare, come cercare la propria strada nella vita.”*⁷⁵

L'opera educativa di Janus Korczak prende il via dal desiderio di cercare di *entrare nel mondo del bambino*, per comprenderne la sua immensa potenzialità; comprendere però non avrebbe significato voler rendere trasparente l'infanzia.

Lasciato nel suo contesto, il bambino veniva osservato nelle sue interazioni con coetanei e adulti senza interpretare o cercare di sapere, ad ogni costo e in ogni istante, cosa avrebbe sentito, pensato e voluto, dato che il *bambino è una pergamena fittamente ricoperta di minuti geroglifici, dei quali riuscirai a decifrare soltanto una parte*⁷⁶.

Nella cura non tutto si può svelare, il bambino doveva aver garantito e protetto il suo alone misterioso; questo non è da leggere come disinteressamento, ma come un atteggiamento pedagogico di rispetto e tutela.

La prospettiva che ci lascia Korczak è quella di un'infanzia vista con gli occhi dei bambini, come leggiamo in queste poche righe del romanzo *Quando ridiventerò bambino* del 1924 dove si racconta la giornata di un bambino di otto anni, letta dal suo particolare punto di vista.

*“Ha lasciato cadere a terra un bicchiere. È successa una cosa molto strana. Il bicchiere è sparito, e al suo posto sono comparsi degli oggetti completamente diversi. Si china, prende in mano un vetro, si ferisce, si fa male, dal dito cola il sangue. Tutto è pieno di misteri e di sorprese.”*⁷⁷

⁷⁴ J. Korczak, *Come amare il bambino*, Luni Editrice, Milano 1996. pag. 25

⁷⁵ Op. cit. pag. 114

⁷⁶ Op.cit. pag. 21.

⁷⁷ A. Volta, *Janusz Korczak: un precursore della pediatria all'inizio del '900*, in Quaderni acp - bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della associazione culturale pediatri, maggio –giugno 2005, vol. 12, n. 3, pag. 103.

Korczak si dedica allo sguardo dei piccoli, al loro modo sempre nuovo di pensare e guardare il mondo, apprendendo che i bambini chiedono *rispetto* alloro laboriosa ricerca della conoscenza.

La cura educativa per Korczak non è finalizzata ad accelerare il passaggio dell'infanzia all'età adulta, al contrario: per il pedagogista-pediatra l'infanzia è un momento della vita che deve essere valorizzato per quello che è, senza alcun intervento che ne affretti la maturità.

Allora l'infanzia, non è più considerata come una fase incompiuta dell'adulto, ma una forma di vita matura da trattare con rispetto e umiltà, e quindi, scrive Korczak:

«Lasciamo che il bambino si abbeveri fiducioso nell'allegria del mattino. È quello che vuole. Un racconto, una conversazione con il cane, una partita a pallone, non sono per lui tempo perduto; quando guarda un'immagine o ricopia una lettera, non si affretta. Fa tutto con un'incantevole semplicità. Ha ragione lui»⁷⁸

Con Korczak l'infanzia viene legittimata nei suoi diritti che chiedono di essere riconosciuti e ancor più rispettati. La sua idea era che gli adulti avrebbero dovuto mettersi dalla parte dei bambini, il che avrebbe significato spostarsi, piegarsi e abbassarsi fino al bambino, per saper stare al suo livello e da lì, vedere il suo mondo e sentire il suo sentire. Da questa posizione sarà certamente più facile riconoscere al bambino ogni forma di diritto e ancor più garantire qualsiasi forma di rispetto, come il *rispetto per i suoi dispiaceri anche se si tratta della perdita di un sassolino, rispetto per i suoi desideri [...]* *rispetto per la domanda apparentemente senza senso*⁷⁹.

Come medico e come pedagogo Korczak ha donato la propria esistenza ai bambini, alla conoscenza dei loro comportamenti e, conseguentemente, alla loro educazione. E' riuscito a sovvertire gran parte dei concetti pedagogici della sua epoca, ipotizzando una società futura a misura del bambino. Tutto ciò lo fece come medico, come pedagogo, ma soprattutto come uomo.

Si delinea un profilo umano e professionale di una persona che ha donato la propria esistenza al mondo dell'infanzia, alla conoscenza dei suoi comportamenti e alla sua educazione.

La sua devozione alla cura non si trova nelle sole righe delle sue importanti opere, ma ancor più nella narrazione del suo destino che assunse una dimensione ancora più tragica,

⁷⁸ J.Korczak, *Il diritto del bambino al rispetto*, Luni Editrice, 2004, pag. 60.

⁷⁹ J Korczak, *Come amare il bambino*, op.cit. pag. 190.

se prendiamo in considerazione che le cronache raccontano che ha avuto proposte concrete per lasciare il ghetto prima di salire sul treno della morte. Korczac avrebbe potuto fare una scelta ma non aveva bisogno di scegliere, riflette Daniel Arkel⁸⁰, dato che non prese neanche in considerazione una alternativa del genere.

L'aver *cura dell'altro, del mondo e di sé* si succedono nelle opere di Korczac, confluendo e completandosi in ogni istante del suo Esserci. L'avere cura è stato il suo *Daisen*, l'asso paradigmatico della sua vita, determinando la sua profonda direzione di senso che culminò nella sua morte. Korczac diede compimento al proprio e altrui divenire dando forma ad una originale presenza nel mondo, che se ancor poco conosciuta, testimonia un modello di cura che si fa *dono*.

Ma per curare e divenire dono per gli altri e per l'umanità, è necessario aver *cura di sé*.

Se l'arte dell'esistenza è dominata dalla cura di sé, come scrive Vanna Boffo⁸¹ allora Janusz Korczac lo possiamo definire come un incontrastato *artista della vita* e autentico ricercatore e compositore di sé.

*Sii te stesso — cerca la tua strada. Cerca di conoscere te stesso prima di voler conoscere i bambini*⁸² è il monito che Korczac fece con ogni probabilità a sé stesso, prima di scriverlo ai suoi educatori. Aver premura di dare forma al proprio divenire significa anche accettare le proprie mancanze, i propri disordini, le proprie imperfezioni, poiché, come nella cura, così nella vita, *ci sono degli errori che commetterai sempre, perché sei un uomo e non una macchina*⁸³, dice Korczac.

Accettare la propria umanità e con essa i propri chiari e oscuri è la forma più autentica di cura di sé, una cura che apre alla riflessione, al sentire e all'entrare in contatto con le idee, le emozioni, il corpo e le relazioni che si intrecciano indiscutibilmente in ogni istante nella nostra esistenza.

La *cura sui* comporta la disponibilità ad aprirsi a sé per far risplendere le proprie aspirazioni e pesare anche alle proprie fatiche. È un continuo fare i conti con i valori, le direzioni di senso senza mai perdere di vista gli altri e il mondo. Dopo l'alto tasso di pensiero, la cura di sé ci chiede di muovere i passi, per spostarci, e assumere nuove

⁸⁰ D. Arkel, *Ascoltare la luce. Vita e pedagogia di Janusz Korczac*, ATi Editore, Milano, 2009.

⁸¹ V. Boffo, *Praticare la cura: tra dono e formazione*, in «La cura in pedagogia. Linee di lettura» V. Boffo (a cura di), Clueb, Bologna, 2006, pag. 183.

⁸² J. Korczak, *Come amare il bambino*, op. cit. pag. 167.

⁸³ op. cit. pag. 189.

posture, direzioni e forme che ci doneranno, se siamo disposti a fare ancora altra fatica, di conoscere l'*oltre* che è fatto dal mondo, dall'altro e anche da sé.

È un movimento continuo, faticoso, ma necessario. Comprendere ciò che ci toglie realmente le energie è il punto di svolta per cercare le situazioni che, invece, contribuiscono alla nostra ricarica.

Janusz Korczak nella sua vita lo ha capito, non ha omesso le fatiche, anche perché nell'agire con cura evitando di ferire gli altri, avrà certamente vissuto tante fatiche.

Avere il coraggio e la forza di cambiare prospettiva, partendo dal riconoscere le potenzialità di cui tutti siamo portatori - ancor più quando siamo bambini – ci fa correre il rischio di assumere una o tante figure della felicità, come le ha ben definite Mariagrazia Contini⁸⁴, che in modo originale ci portano a tendere sempre più a verso noi stessi e verso agli altri, portandoci in un certo qual modo aver cura del mondo.

Allora, per concludere, riprendiamo Korczak sulla cura dei bambini:

È faticoso frequentare i bambini.

Avete ragione.

Poi aggiungete:

Perché bisogna mettersi al loro livello, abbassarsi, inclinarsi, curvarsi, farsi piccoli.

Ora avete torto.

Non è questo che più stanca. È piuttosto il fatto di essere

obbligati a innalzarsi fino all'altezza dei loro sentimenti.

Tirarsi, allungarsi, alzarsi sulla punta dei piedi.

Per non ferirli⁸⁵.

Se l'aver cura nella sua accezione generale significa tutelare, riparare e promuovere, la prospettiva pedagogico-educativa che abbiamo tracciato in questa sessione rimanda all'azione del *liberare* attraverso la costruzione di progetti e percorsi esistenziali autentici volti all'oggi e al possibile; percorsi che mantengono nel loro sfondo l'orizzonte della felicità e della realizzazione del singolo e della collettività, convinti che, riprendendo Korczak, *in ognuno c'è una scintilla peculiare, che può accendere falò di felicità e di verità⁸⁶.*

⁸⁴ M. Contini, *Figure di felicità. Orizzonti di senso*, La Nuova Italia, Firenze, 1988.

⁸⁵ J. Korczak, *Quando ridiventerò un bambino*, Luini Editrice, Milano, 1995, pag. 7.

⁸⁶ J. Korczak, *Come amare il bambino*, op. it. pag. 74.

CAPITOLO 3

LA CURA EDUCATIVA IN SANITA'

3.1. La natura educativa nelle professioni sanitarie

Chi decide di percorrere il «ponte della cura» che connette la sponda sanitaria a quella educativa non dovrebbe pensare di compiere un unico e fugace attraversamento; è importante, invece, rendersi disponibili ad effettuare diversi andirivieni per far sì che il viaggio entro i territori della cura, possa sempre più presentarsi come ricco di inedite prospettive e foriero di nuovi apprendimenti. Questo vale tanto per i professionisti sanitari, quanto per quelli appartenenti al mondo dell'educazione.

I medici educatori, di cui abbiamo descritto per sommi capi le principali aspirazioni ed opere, hanno compiuto una scelta audace e certamente originale. Dallo studio e dall'esercizio della medicina sono approdati nei territori dell'educazione per stabilirsi definitivamente, optando così per una espressione di cura caratterizzata da una forte, se non esclusiva, tensione e impegno pedagogico. Questo, però, non viene chiesto a tutti.

Svolgere oggi una professione sanitaria, non significa doversi trasformare in pedagoghi o elaborare teorie e modelli educativi innovativi, quanto essere *operatori riflessivi, consapevoli e aperti* disposti a riconoscere, nell'ambito specifico del proprio esercizio di cura – come quello medico, ostetrico, dietistico, logopedico, fisioterapico, ecc -, una moltitudine di funzioni, ivi compresa quella pedagogico-educativa.

La funzione *educativa* difatti appartiene alla maggior parte delle professioni sanitarie e, come tale, non può essere lasciata al beneplacito e alla creatività dei singoli operatori, essendo essa una espressione propria che caratterizza la competenza professionale sanitaria.

Il Ministero della salute ha raggruppato, secondo categorie ben definite, tutte le professioni sanitarie riconosciute a livello nazionale, molte delle quali, come vedremo dall'analisi dei regolamenti che le definiscono, hanno al proprio interno una connotata natura educativa¹. Ma procediamo gradualmente.

¹ cfr. www.salute.gov.it/professionisanitarie consultato il 30/09/2012

Lo stato italiano riconosce come *professioni sanitarie* quelle che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione come quella del Farmacista, del Medico Chirurgo, dell'Odontoiatra, del Veterinario e dello Psicologo e Psicoterapeuta. Considera *professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica* quelle dell'Infermiere, dell'Infermiere pediatrico e dell'Ostetrica/o. Nella categoria delle *professioni sanitarie riabilitative* sono racchiuse: il Podologo; il Fisioterapista; il Logopedista; l'Ortottista e l'Assistente di oftalmologia; il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva; il Tecnico di Riabilitazione Psichiatrica; il Terapista Occupazionale e l'Educatore Professionale.

Il gruppo delle così dette *professioni tecnico sanitarie* si articola in due categorie: la prima, quella delle professioni dell'area tecnico-diagnostica quali il Tecnico Audiometrista, il Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica e il Tecnico di Neurofisiopatologia; la seconda, quelle delle professioni dell'area tecnico-assistenziali quali il Tecnico Ortopedico, il Tecnico Audioprotesista, il Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare, l'Igienista Dentale e il Dietista. Accanto ad esse ci sono le *professioni tecniche della prevenzione* rappresentate dal Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro e dall'Assistente Sanitario.

Il lungo elenco che troviamo pubblicato nel sito del Ministero fa riferimento anche al *massofisioterapista* indicata come professione non regolamentata dal momento che non è prevista dalla normativa vigente. Anche se non possono essere considerate professioni sanitarie, entrano a far parte della lista le *arti ausiliarie* delle professioni sanitarie e nello specifico: il Massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici; l'Ottico; l'Odontotecnico e la Puericultrice. A conclusione della lista troviamo la figura dell'*Operatore socio-sanitario* collocata all'interno della categoria "altre figure".

Le tipologie di cura e le funzioni proprie di ciascuna professione sanitaria sono definite dai *profili professionali* che, in modo dettagliato, descrivono i campi di attività, di autonomia e di responsabilità, delineando i tratti essenziali di una professione sanitaria. Non potendo essere questa la sede per procedere ad una disamina analitica dei singoli profili e/o delle norme di riferimento per comprendere la specificità e la natura delle diverse cure sanitarie, focalizzeremo l'attenzione sui principali passaggi normativi che riconducono il discorso della *cura* ai paradigmi *educativi*.

La legge 10 agosto 2000 n. 251, dal titolo *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*, nel riaffermare il principio dell'autonomia professionale delle singole professioni, consolida il campo delle attività definite per ciascuna categoria professionale, tenendo conto dei traguardi legislativi già raggiunti dalle professioni sanitarie con la legge 42/1999 – *Disposizione in materia di professioni sanitarie*² – e con la formulazione dei rispettivi *profili professionali* emanati a dai Decreti Ministeriali del 14/09/1994 e seguenti integrazioni.

La legge 251 definisce molto chiaramente gli ambiti di pertinenza e le capacità richieste per poter esercitare una professione sanitarie. Leggiamo espressamente:

Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza. (art. 1.1.)

Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali. (art. 2.1.)

Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità. (art. 3.1)

Gli operatori delle professioni tecniche della prevenzione svolgono con autonomia tecnico professionale attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica e veterinaria. Tali attività devono comunque svolgersi nell'ambito della responsabilità derivante dai profili professionali. (art. 4.1)

² La legge 42/99 riforma l'esercizio delle professioni sanitarie abolendo le precedenti denominazioni di professioni "ausiliarie" e abroga i mansionari professionali. Lo status, il campo delle attività e delle competenze dei singoli professionisti viene definito in capo ai rispettivi Profili professionali, Codici deontologici e ordinamenti didattici.

PROFESSIONI SANITARIE	Farmacista Medico Chirurgo Odontoiatra, Veterinario Psicologo Psicoterapeuta
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE OSTETRICHE	Infermiere Infermiere pediatrico Ostetrica
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	Podologo Fisioterapista Logopedista; Ortottista Assistente di oftalmologia; Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva; Tecnico di Riabilitazione Psichiatrica Terapista Occupazionale l'Educatore Professionale.
PROFESSIONI TECNICO SANITARIE	dell'area tecnico-diagnostica: Tecnico Audiometrista, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico Tecnico Sanitario di Radiologia Medica Tecnico di Neurofisiopatologia dell'area tecnico-assistenziali Tecnico Ortopedico Tecnico Audioprotesista Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare, Igienista Dentale Dietista
PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro Assistente Sanitario.
ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici Ottico Odontotecnico Puericultrice
ALTRE FIGURE	Operatore socio sanitario

Il panorama dettagliato che si profila leggendo questi articoli presenta una pluridimensionalità della cura sanitaria nella sue espressioni. In riferimento all'esercizio professionale appartenente ad una delle quattro macro aree (infermieristica e ostetrica, riabilitativa, tecnica sanitaria e della prevenzione), la cura assume la forma di *prevenzione*, e/o di *salvaguardia della salute*, di *riabilitazione* e di *valutazione funzionale*, di *verifica e controllo in materia di igiene* e di *controllo ambientale* mantenendo al proprio interno specifiche connotazioni educative. Solo analizzando i regolamenti e i diversi profili professionali è possibile capire come la connotazione educativa sia formalmente riconosciuta ed espressa.

Ad esempio, come il responsabile dell'assistenza generale infermieristica preventiva, curativa, riabilitativa e palliativa, l'*infermiere* è chiamato a mettere in atto interventi di natura tecnica, *educativa* e relazionale per assistere gli ammalati e i disabili di tutte le età oltre che a prevenire le malattie. All'infermiere spetta l'*educazione sanitaria* come elemento fondamentale per promuovere stili di vita sani ed eliminare i fattori di rischio che causano l'alterazione dello stato di salute. Anche all'*infermiere pediatrico* vengono riconosciute specifiche funzioni educative, specie nella partecipazione degli interventi di educazione sanitaria rivolti alla famiglia e alla comunità, e nell'attuazione dei quadri di programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e degli incidenti in età pediatrica³.

Dalla lettura del profilo professionale dell'*ostetrica/o* si comprende quanto sia pregnante la cura educativa nei molteplici interventi assistenziali. Nella gravidanza, durante il parto e nel puerperio l'ostetrica mette in atto un'assistenza di natura tecnica, relazionale, *educativa* sostenendo le donne in un momento particolare della loro vita. Partecipa ad interventi di *educazione sanitaria e sessuale* sia nell'ambito della famiglia che nella comunità, così come nell'ambito della prevenzione e dell'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile⁴.

Per quanto concerne la funzione educativa dell'*educatore professionale* essa trova compimento in ogni sua attività, dato il profilo di competenza a cui è chiamato esprimere. L'educatore professionale nei contesti sanitari, come membro di un'équipe multidisciplinare si occupa di specifici *progetti educativi* e riabilitativi tesi a promuovere

³ Cfr. DM 739/94 e DM 70/97

⁴ Cfr. DM 740/94

uno *sviluppo equilibrato* della personalità dei soggetti che assiste. Si prende cura del positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà, programmando, gestendo e verificando gli *interventi educativi* mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia. L'educatore professionale inoltre è chiamato a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie utili alla realizzazione del *progetto educativo*⁵.

Come l'educatore professionale anche il *tecnico della riabilitazione psichiatrica*, nell'ambito di progetti terapeutici elaborati in un'équipe multidisciplinare, svolge interventi riabilitativi ed *educativi* sui soggetti con disabilità psichica, collaborando all'identificazione degli obiettivi *formativo-terapeutici* e di riabilitazione psichiatrica. I tecnici della riabilitazione psichiatrica attuano interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa, operando nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete⁶.

Troviamo funzioni educative per certi versi analoghe nelle cure del *terapista occupazionale* che opera, prevalentemente, nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici sia con disabilità temporanee che permanenti. Il terapista occupazionale fa spesso uso di attività espressive, manuali - rappresentative, ludiche e della vita quotidiana *educando* o *rieducando* il soggetto e/o i suoi familiari verso l'autonomia personale nell'ambiente di vita quotidiana e nel tessuto sociale⁷.

In via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie anche il *fisioterapista* svolge una specifica *funzione educativa e/o rieducativa* quando attua i suoi interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita⁸.

Per quanto concerne la figura professionale del *logopedista* la *funzione educativa* viene svolta quanto chiamato a prevenire e a trattare dal punto di vista riabilitativo le patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica. Nello specifico,

⁵ Cfr. DM 520/98

⁶ Cfr. DM 182/01

⁷ Cfr. DM 136/97

⁸ Cfr. DM 741/94

la sua attività è volta all'*educazione e rieducazione* di tutte le patologie che provocano disturbi della voce, della parola, del linguaggio orale e scritto e degli handicap comunicativi⁹.

Prendendo visione del profilo professionale del *podologo* si può notare quanto sia presente un orientamento educativo anche nell'assistenza podologica. Nel trattare direttamente il piede, le callosità, le unghie ipertrofiche, deformi e incarnite, nonché il piede doloroso, il podologo assiste, anche ai fini dell'*educazione sanitaria*, i soggetti portatori di malattie a rischio¹⁰. Lo stesso dicasi per i *terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva* che nell'ambito delle specifiche competenze, individuano ed elaborano, nell'équipe multiprofessionale, il programma di prevenzione, di terapia e riabilitazione volto al superamento del bisogno di salute del bambino con disabilità dello sviluppo. Per fare questo mettono in campo vere e proprie *competenze pedagogiche*. Nell'attuare, ad esempio, procedure rivolte all'inserimento dei soggetti portatori di disabilità e di handicap neuropsicomotorio e cognitivo, i terapeuti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva collaborano all'interno dell'équipe multiprofessionale con gli operatori scolastici per l'attuazione della prevenzione, della diagnosi funzionale e del profilo dinamico funzionale del *piano educativo* individualizzato¹¹.

Le funzioni educative dell'*igienista dentale*, si legge dal profilo professionale, vengono assunte nei compiti relativi alla prevenzione delle affezioni oro dentali. I laureati in igiene dentale svolgono attività di *educazione sanitaria dentale* e partecipano a progetti di prevenzione primaria nell'ambito del sistema sanitario pubblico. Provvedono all'*istruzione* sulle varie metodiche di igiene orale e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare placca batterica e patina dentale motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici; indicano le norme di un'alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale¹².

Le competenze educative del *dietista* si esprimono in tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione, ivi compresi gli *aspetti educativi* specifici e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente. Il dietista organizza e coordina le attività relative all'alimentazione in generale e alla dietetica in particolare, svolgendo funzioni *didattico-educative* e di *informazione* finalizzate alla diffusione di principi di alimentazione

⁹ Cfr. DM 742/94

¹⁰ Cfr. DM 666/94

¹¹ Cfr. DM 56/97

¹² Cfr. DM 137/97

corretta, tale da consentire il recupero e il mantenimento di un buono stato di salute del singolo, di collettività e di gruppi di popolazione¹³.

Il *tecnico della prevenzione negli ambienti e luoghi di lavoro* è il responsabile, nell'ambito delle sue competenze, di tutte le attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene di sanità pubblica e veterinaria, compiendo azioni e *progetti educativi* come previsto dal suo profilo professionale¹⁴.

Infine, l'*assistente sanitario* descritto come la figura preposta alla prevenzione, alla promozione ed all'*educazione per la salute* si occupa dell'individuazione dei bisogni di salute e delle priorità di intervento preventivo, *educativo* e di recupero. L'assistente sanitario, infatti, progetta, programma, attua e valuta gli interventi di educazione alla salute nelle diverse fasi della vita della persona, collaborando alla definizione delle metodologie di comunicazione, ai programmi ed alle campagne per la promozione e l'educazione sanitaria. Concorre alla *formazione e all'aggiornamento* degli operatori sanitari e scolastici per quanto concerne la *metodologia dell'educazione sanitaria* e interviene nei programmi di pianificazione familiare e di *educazione sanitaria, sessuale e socio-affettiva* nelle famiglie e nelle scuole¹⁵.

Da questa lettura la fisionomia dell'educativo sanitario appare variabile ed articolata, ben presente. Si tratta di una fisionomia certamente polimorfa che trova la sua collocazione al centro delle tante pratiche che si compiono ogni giorno nei contesti della cura sanitaria. Formalmente legata e legislativamente riconosciuta, la funzione educativa non può essere né negata, né tantomeno essere resa approssimativa. La cura educativa è una realtà complessa e densa che richiede attenzione e impegno e come tale non può più essere lasciata al buon senso e all'estemporaneità del singolo operatore. Essa è una competenza specifica di cura sanitaria che chiede di essere sviluppata, promossa ed espressa nelle sue diverse e complesse forme.

Educare per prevenire, educare per curare ed educare per incontrare e promuovere resilienza sono le principali categorie in cui la cura educativa trova espressione nei molteplici interventi sanitari.

¹³ Cfr. DM 744/94

¹⁴ Cfr. DM 58/97

¹⁵ Cfr. DM 69/97

Solo dopo aver compreso la vastità di tali aree sarà possibile delineare con maggiore precisione la configurazione delle competenze educative richieste dai diversi profili professionali.

3.2. *Educare per prevenire e dare la libertà: orientamenti pedagogici per la tutela e la promozione della salute*

Nei capitoli precedenti abbiamo visto quanto le azioni educative, da sempre, accompagnino più o meno intenzionalmente gli interventi sanitari. Un passo avanti lo abbiamo potuto fare dopo aver letto i profili professionali degli operatori sanitari in cui emerge il riconoscimento e la formalizzazione di una *tensione educativa* di grande rilievo. Il fatto poi che tale legittimazione sia avvenuta per mezzo dell'emanazione di Decreti Ministeriali, non deve passare in secondo piano. Due sono le riflessioni che ne derivano: la prima, che la cura educativa che si presenta nei contesti sanitari non può più essere sottointesa né tantomeno trascurata dato che, essendo tutelata da una norma, rientra tra gli impegni e le responsabilità degli operatori; la seconda, rimanda alla necessità che vi debbano essere saperi, culture, riflessioni e politiche che concorrano nella direzione di un valido e concreto sviluppo dell'educativo. Qui la pedagogia e le altre scienze dell'educazione, in continuità con quanto più volte affermato nel corso di questo elaborato, può partecipare proponendo orientamenti concettuali e sintattici utili a promuovere la competenza educativa propria di coloro che a vari livelli si occupano della salute, delle persone e della loro cura.

Il fatto che delle norme legislative riconoscano che la cura educativa sia una competenza specifica degli operatori sanitari, significa che gli interventi espressamente citati - *educazione per la salute, educazione sanitaria, progetti educative e rieducativi* - non possono essere delegati *tout court* ad altre figure professionali, come ad esempio agli insegnanti, agli educatori sociali o ai pedagogisti. Pur qualificati dall'aggettivo educativo tali interventi sono da intendersi come sanitari a tutti gli effetti.

Questo è senza ombra di dubbio un passaggio importante che rivoluziona i campi della cura sanitaria: dall'egemonia della medicina riparativa e interventistica messa in atto per allontanare il male (la malattia) si è arrivati ad una prospettiva più ampia che promuove la vita, il benessere e la persona attraverso la tutela della salute.

Promuovere la salute rappresenta una rivoluzione filosofica e strategica che negli ultimi decenni ha contraddistinto le politiche e le azioni sanitarie. L'attenzione è stata spostata dal singolo malato alla persona sana, intesa non solo come individuo da tutelare, ma anche come membro attivo di una comunità che partecipa e ridefinisce la propria e altrui salute e, come tale, legittimato a progettare il proprio stato di ben-essere e ben-esistere.

Dobbiamo riornare al 1945 quando a S. Francisco, durante la stesura della carta costitutiva dell'ONU, nel dare importanza alla tutela della salute come bene primario condiviso di tutti i paesi membri in un'ottica unitaria, vengono poste le premesse per la nascita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come organismo internazionale preposto alla tutela della salute mondiale. Nel luglio del 1946 in occasione della prima Conferenza Mondiale della Sanità viene approvata la costituzione dell'OMS che sottolinea come *il miglior stato di salute sia un diritto fondamentale di ogni essere umano e che i governi hanno la responsabilità dei loro popoli*.¹⁶

Su questo principio si è ispirata la Costituzione italiana che all'art. 32 recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Tale incipit è stato ripreso trent'anni dopo nella stesura dell'articolo n.1 della legge 833 del 1978 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso il quale la repubblica italiana decide di dotarsi di uno strumento unitario ed integrato per perseguire la tutela della salute dei suoi cittadini.

Come si può ben comprendere il concetto di tutela della salute è tutto sommato recente e non ingloba solo l'idea di assistenza e cura ai malati, ma anche quella del bene-salute da custodire (ossia da tutelare, appunto) prima che si presentino eventi e compromissioni che rendono necessaria la cura e l'assistenza.

Nello specifico, riprendendo l'analisi di Stefano Beccastrini¹⁷ si possono riconoscere due forme di tutela della salute: l'*etero-tutela* e l'*auto tutela*.

Si ha etero-tutela ogni qual volta gli operatori sanitari agiscono al fine di salvaguardare la salute altrui, proteggendola dalla malattia e/o dalle sue peggiori conseguenze. Le azioni di etero-tutela rientrano in quegli interventi che vengono messi in campo per riparare un danno, come nel caso del chirurgo che in sala operatoria riduce la frattura di un femore, o per ripristinare una funzionalità organica alterata, come per la prescrizione farmacologica,

¹⁶ Cfr. A. Pellai, *Educazione sanitaria. Principi, modelli, strategie e interventi. Manuale per insegnanti ed operatori socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli, 1997, pag. 18.

¹⁷ S. Beccastrini, M.P. Nannicini, G.Piras, *Pedagogia della salute. Saggio sull'educazione sanitaria*, Napoli, Liguori Editori, 1991, pag. 29.

oppure anche per sostenere e assistere in una condizione di bisogno, come quando l'infermiere effettua alla persona in stato comatoso una cura igienica.

Gli interventi di etero-tutela vengono messi in campo non solo per riparare, ripristinare e sostenere la persona e il suo stato di salute, ma anche per prevenire le malattie; è il caso dei tanti interventi educativi proposti per custodire la salute, limitare gli esiti e i danni della malattia o per far apprendere nuovi comportamenti e/o stili di vita.

Si ha invece auto-tutela ogni volta che il singolo cittadino, o l'intera comunità locale, promuove comportamenti, decisioni e azioni orientate a tutelare la propria salute e la difende da possibili rischi, aggressioni e perturbazioni di ogni genere. L'auto-tutela trova compimento nella capacità che il singolo ha di provvedere alla propria salute senza ricorrere ai livelli istituzionali, se non quando assolutamente indispensabile, poiché come dice Beccastrini *non vi possono esistere spazi per l'auto-curarsi, l'auto-operarsi, l'auto-ingessarsi e così via*¹⁸. Certe pratiche di cura devono essere necessariamente affidate a chi ha le capacità, le conoscenze, le forze e il mandato per assolverle nel miglior modo possibile.

Sia per quanto riguarda gli interventi di etero-tutela che per quelli di auto-tutela, il riferimento al concetto della prevenzione rimane centrale. L'orizzonte della prevenzione è un fenomeno multidimensionale e interdisciplinare al tempo stesso, su cui è necessario investire impegni e risorse sia economiche che culturali, per poter tutelare la salute sempre più considerata un bene prezioso e una risorsa-valore per la vita, prima ancora di essere compresa come uno «stato e/o condizione» presente e oggettivabile del soggetto.

La prevenzione rappresenta uno dei fondamenti concettuali di tutti gli interventi educativi sanitari che si compiono ai vari livelli delle professioni sanitarie, come abbiamo letto precedentemente nell'analisi dei diversi profili professionali.

L'educazione in sanità trova così il suo ambito specifico di sviluppo nelle azioni di etero-tutela della salute che vengono proposte con l'intento di promuovere *auto-tutela* nei singoli, affinché ciascuno possa trovare in sé stesso le risorse necessarie per gestire la propria e altrui salute e partecipare, di conseguenza, al progetto di ben-essere.

Se l'educazione nei suoi aspetti assiologici desidera favorire lo sviluppo di personalità libere, promuovendo *spazi aperti di autodeterminazione di ciascuno*, come auspica

¹⁸ op. cit. pag. 30.

Mariagrazia Contini¹⁹, tale assunto trova un suo valore e una precisa collocazione anche in campo sanitario. In quest'ottica l'educazione dovrebbe essere configurata come un'attività permanente di formazione alla persona tesa ad accrescere la capacità di auto-tutela da una parte e, dall'altra, di ricorrere in modo pertinente e critico ai servizi di etero-tutela senza cedere in logiche di potere e di espropriazione del proprio valore autodeterminante.

Gli interventi educativi in sanità si muovono nella direzione del far accrescere, anche se di poco, il sapere e il potere sulla propria salute, per sottrarre così spazio agli interventi di etero-tutela a cui si dovrebbe ricorrere solo quando non vi sono più risorse per rispondere efficacemente ai propri e altrui problemi di salute. Più precisamente, l'educazione si propone come intervento di empowerment²⁰ diretto a incalzare il processo di crescita del singolo - e della comunità, generando una consapevolezza critica di sé, degli altri e del contesto in cui si trova, per stimolare, allo stesso tempo, una sua partecipazione attiva alle scelte personali e sociali.

Possiamo dire che l'educazione in sanità dovrebbe proporsi come una *pratica di libertà* tesa a interrompere stretti vincoli di delega e di dipendenza che spesso hanno tenuto testa negli scenari sanitari per via, soprattutto, dell'influenza di esperti-guru che consigliavano di volta in volta, nel loro spazio professionale e sui mass media, prescrizioni comportamentali senza ingenerare alcun senso critico. L'educazione diventa anche *pratica per la libertà* quando contrasta le forme di omologazione sulle idee e sui valori precostituiti in tema di salute e di cura, per sostenere il singolo ad affrontare con autonomia ed impegno i problemi della propria vita, del proprio ambiente e della propria salute.

L'azione educativa degli operatori sanitari si colloca in queste direzioni che, come è facile comprendere, trovano spazio all'interno di un concetto molto più *ampio* e complesso di

¹⁹ M. Contini, *Elogio dello scarto e della resistenza*, Bologna, Clueb, 2009, pag. 13.

²⁰ Il termine empowerment, coniato da Carl Eward Rappaport nel 1977, sta ad indicare l'acquisizione di potere, ovvero l'incremento delle capacità delle persone a controllare attivamente la propria vita. Per empowerment si intende un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità della vita. Come processo volto allo sviluppo dei competenze, l'empowerment consente alle persone di: a) padroneggiare la propria vita; b) di avere conoscenza, abilità, attitudini e consapevolezza per influenzare il proprio e l'altrui comportamento, per migliorare la qualità della propria vita; c) di sviluppare competenze tali per cui possano diventare più indipendenti nella risoluzione dei problemi e nella presa di decisioni. In altre parole l'empowerment conduce la persona a una nuova modalità di lettura della realtà circostante, a una rinnovata consapevolezza del proprio ruolo e delle proprie potenzialità e capacità.

educazione e di *progettazione esistenziale*. Gli operatori sanitari dovrebbero giungere alla consapevolezza che il loro intervento non potrà considerarsi come unico ed esaustivo in tema di tutela e promozione della salute, ma si colloca all'interno di una polifonia inevitabile e complessa, al tempo stesso arricchente.

Gli apporti educativi sulla salute hanno quindi molteplici provenienze e sono fortemente influenzati dall'ambiente sociale, dalla storia compresi i progetti della persona e dei contesti a cui sono diretti. Nonostante la molteplicità delle figure e delle influenze che si riscontrano in campo di educazione alla salute, il medico, il fisioterapista, così come la dietista o l'igienista dentale non possono essere considerati come una voce uguale alle altre. Il professionista della salute, infatti per la sua veste professionale e per l'autorità che essa gli conferisce anche in termini simbolici – pensiamo al camice bianco o alla divisa che viene indossata – rappresenta una voce generalmente riconosciuta come più autorevole ed affidabile delle altre. L'operatore, infatti, non rappresenta sé stesso, ma la «Scienza» e l'Istituzione Sanitaria ricevendo un potere che gli viene conferito dal proprio ruolo sociale. Il potere però, di per sé, non è un fenomeno malvagio e incongruente, porta sempre con sé una forza e una potenzialità che aprono gli orizzonti della possibilità: *possibilità di fare, possibilità di essere e possibilità di divenire*. Solo quando diventa eccedente e abusante, incongruente e contraddittorio, irrispettoso e umiliante, allora il potere va letto come un fenomeno disdicevole. Lo possiamo vedere in quei casi in cui un operatore sanitario data la sua posizione pretende, monopolizza la persona assistita, fino a delegittimarla o ancor più umiliarla. Il potere in questi casi non diventa strumento di libertà ma di mero dominio e oppressione.

Il potere professionale ha in sé tutte le potenzialità per promuovere progetti educativi liberanti che aspirano ad accrescere le capacità delle persone di autotutelare la propria salute rispetto ai rischi insiti nelle loro scelte e abitudini di vita.

Fare uso di sostanze, fumare, non possedere un corretto stile alimentare, abusare di farmaci e di alcool, non aver cura dei propri comportamenti sessuali, soprassedere ad alcuni segnali del corpo, guidare in modo spericolato, ecc..., sono solo alcuni delle tante consuetudini che hanno conseguenze negative per la salute individuale e comunitaria. Tali comportamenti si trovano all'interno di un terreno molto ampio che potremmo certamente denominare «del rischio», che richiede un forte impegno per chi si occupa di educazione alla salute dato che, se correttamente esercitato, attraverso lo sviluppo di una

competenza professionale efficace e rispettosa, si potranno avere risultati rilevanti che saranno verificabili anche sul piano epidemiologico.

Certamente i lapidari divieti e sterili consigli che contraddistinguono le attività prescrittive di certi operatori quali “*non fumi, mangi di meno, la droga fa male, faccia più moto, ecc..*” non possono essere considerati interventi di educazione sanitaria, almeno nell’accezione pedagogica che stiamo intendendo. Ci troviamo spesso di fronte a moralismi e doverizzazioni che non vanno al cuore dell’educazione, ma diventano censure e dogmi che anziché promuovere trasformano in scacco quello che dovrebbe essere considerato come educativo, mettendo ancora più ai margini le persone che agiscono tali comportamenti.

È importante aver chiaro che un fatto è limitarsi a informare per cercare di dissuadere, sperando in un cambiamento che «deriva dall’altro», mentre tutt’altro è educare al senso critico, incoraggiando e motivando al cambiamento che «parte dal dentro». Purtroppo, invece, ancora molti operatori sanitari tendono a confondere questi due piani pensando che l’educazione sanitaria debba muoversi nella direzione di un intervento propagandistico o informativo.

Accanto agli interventi educativi veri e propri, è opportuno rafforzare la formazione degli operatori nel campo dell’educazione sanitaria aumentando la consapevolezza dell’ampia funzione pedagogica che viene loro riconosciuta a partire dal profilo professionale di appartenenza.

Anche se i Decreti Ministeriali fanno prevalentemente riferimento all’educazione sanitaria, è doveroso aprire una breve riflessione su tale termine per cercare di comprenderne le coordinate, gli sviluppi e gli ambiti anche di contraddizione che vi si possono incontrare.

Per certi versi l’aggettivo sanitario potrebbe risultare semanticamente fuorviante, quando associato a educazione, dato che il sostantivo «sanità» evoca a livello di senso comune l’organizzazione tecnico-istituzionale preposta alla tutela e alla cura della salute, oltre a richiamare l’attenzione agli operatori – i sanitari – che vi lavorano. In questo modo parlando di educazione sanitaria si potrebbe correre il forte rischio che non venga tanto sottolineato e valorizzato l’obiettivo dell’azione educativa - la salute e la sua tutela - quanto il ruolo professionale di coloro (medici, infermieri, tecnici) che dovrebbero essere, di tale attività, forse i principali, ma non esclusivi, promotori ed esecutori.

Gli interventi educativi rivolti alla tutela e promozione della salute infatti non sono solo dei sanitari, ma anche di altri operatori come gli educatori e gli insegnanti di ogni ordine e grado e chiamano in causa tutte le agenzie educative intenzionalmente e non intenzionalmente formative (famiglia, scuola, extrascuola, media, ecc).

Ed è su questa plurivocità che si inserisce la domanda-riflessione di Beccastrini, ovvero: *se non è appannaggio esclusivo degli operatori della sanità, che senso ha chiamare «sanitaria» qualunque azione educativa che sia finalizzata alla promozione della salute della comunità?*²¹ In accordo con la riflessione di Beccastrini che segue la sua domanda, allora sarebbe preferibile parlare di educazione *alla* salute o *per* la salute, usando un'espressione che si presenta da un punto di vista semantico certamente più aperta, ricca e rispettosa delle diverse competenze che si trovano chiamate in causa. Parlare di educazione alla salute o per la salute richiama azioni di largo respiro, dato che gli interventi non sono esclusivamente tecnici o medico-sanitari, ma anche sociali, economici e politici.

Dal canto suo l'Organizzazione Mondiale della Sanità da ha tempo colto questa prospettiva, tanto che alla fine degli anni '70 del secolo scorso ha definito obiettivi e strategie che risentono di un cambiamento non solo culturale, ma anche operativo del concetto di salute. In modo particolare, nella Conferenza di Alma Ata del 1978, viene dichiarata l'impossibilità di parlare della salute senza tenere conto degli stretti legami che essa ha con i diversi aspetti che la compongono e la determinano: affettivi, comportamentali, psicologici, economici, sociali e della vita dell'uomo. Tale considerazione è nata dopo aver constatato che nonostante le ingenti risorse finanziarie stanziare per il settore sanitario, la ricerca e la sperimentazione di nuovi farmaci e tecniche mediche, il livello di salute della popolazione era di gran lunga inferiore a quello che si sarebbe atteso e che, in ogni caso, continuavano a sussistere elevate disuguaglianze nei diversi territori, fenomeno, purtroppo, ancora oggi esistente tra il nord e il sud del mondo.

Con la Dichiarazione di Alma Ata gli interventi di promozione alla salute vengono spostati al di fuori dei sistemi sanitari, diventando azioni di interesse di tutte le persone, delle comunità e dei sistemi politico-amministrativi: *la salute, dunque, è di tutti*. Questa visione ha permesso di riconoscere e valorizzare le interconnessioni esistenti tra salute,

²¹ S. Beccastrini, M.P. Nannicini, G.Piras, *Pedagogia della salute. Saggio sull'educazione sanitaria*, Napoli, Liguori Editori, 1991, pag. 15.

ambiente, scelte politiche, sviluppo, economia, ricerca ecc... deputando la *vita quotidiana* come ambito privilegiato per la tutela della salute. Non saranno più le istituzioni sanitarie, come invece prima si pensava, gli unici luoghi designati ad occuparsi di salute.

La promozione della salute si riferisce ad una specifica strategia definita a livello internazionale, in modo particolare, si deve il suo sviluppo alla Carta di Ottawa del 1986 che né è diventata la pietra miliare. In essa si trovano riportate le tre strategie fondamentali per promuovere la salute:

- 1) supportare, sostenere la causa della salute, tenerla in alta considerazione al fine di creare le condizioni essenziali (ambientali, culturali, sociali, economiche, ecc.) per favorirne lo sviluppo (*to advocate*);
- 2) permettere a tutte le persone di sviluppare al massimo le loro potenzialità di salute, potenziandone le capacità individuali e collettive e dando loro maggior potere per farlo (*to enable*);
- 3) mediare tra i diversi interessi esistenti nella società, per fare in modo che il risultante equilibrio tra le spinte contrapposte ne favorisca la crescita (*to mediate*)²².

Per sostenere queste strategie la Carta di Ottawa individua cinque aree prioritarie di azione²³ affinché la promozione della salute possa diventare fattivamente un processo globale orientato alla trasformazione delle condizioni sociali, ambientali, culturali, economiche e strutturali e, nel medesimo tempo, rinforzare le capacità e i livelli di autonomia delle persone nelle scelte sulla salute individuale e collettiva. Grande importanza viene data così al coinvolgimento dell'intera comunità nel cercare di modificare le condizioni che influiscono sullo stato di salute, piuttosto che concentrarsi sulle sole persone esposte a rischio di specifiche malattie, come si pensava fosse corretto.

²² Cfr. A. Pellai, *Educazione sanitaria. Principi, modelli, strategie e interventi. Manuale per insegnanti ed operatori socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli, 1997.

²³ **1.** costruire una politica pubblica per la salute, al fine di assicurare che gli interventi sviluppati da tutti i settori della società siano orientati alla promozione della salute; **2.** creare ambienti favorevoli alla salute (fisico, sociale, economico, spirituale, sociale), che assicurino un impatto positivo sulla salute degli individui; **3.** rafforzare l'azione della comunità, affinché essa abbia la capacità di prendere decisioni inerenti il proprio stato di salute; **4.** sviluppare le abilità personali, per mettere in grado le persone di acquisire conoscenze e capacità in merito alla propria salute e al proprio benessere; **5.** riorientare i servizi sanitari, al fine di creare sistemi centrati sui bisogni della popolazione e creare una reale partnership tra i servizi e con gli utenti.

Quindi, la promozione della salute non può e non deve essere identificata con la prevenzione delle malattie e nemmeno può essere sovrapponibile a quello di educazione alla salute, anche se quest'ultima è uno degli strumenti che può essere efficacemente usato per promuovere la salute. L'educazione alla salute si riferisce all'insieme delle opportunità di apprendimento progettate consapevolmente per migliorare le conoscenze, le abilità e le motivazioni che possono influire sui comportamenti individuali e comunitari rilevanti per la salute, consentendo alle persone di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per promuovere la salute non sono sufficienti gli interventi educativi, ma sono richiesti anche interventi strutturali, normativi, economici, sociali; vale a dire è necessario un insieme articolato di azioni, progetti e politiche volte a trasformare il contesto in cui gli individui sono inseriti. Se l'educazione sanitaria mira alla modifica dei comportamenti individuali senza necessariamente modificare il contesto, la promozione della salute, invece, punta al cambiamento dei comportamenti individuali anche attraverso il cambiamento delle regole di contesto. In questo caso per perseguire il benessere fisico, mentale e sociale, la direzione indicata è quella della responsabilizzazione della comunità e della partecipazione attiva dei cittadini.

Questi aspetti che costituiscono l'originalità della Carta di Ottawa possono richiamare quell'*etica dell'impegno* proposta da Giovanni Maria Bertin all'interno del suo Problematicismo Pedagogico. Per Bertin occorre un solido impegno etico-sociale e, ancor più, una vigorosa educazione a tale impegno, affinché tutti i soggetti possano individuare la motivazione ad aprire i confini della propria individualità, e volgersi nella direzione di sviluppo e di realizzazioni sia individuali che comunitarie. Il problematicismo pedagogico, a cui si rimanda più avanti per una trattazione più esaustiva, sottolinea l'esigenza di integrare i piani della *propria* e altrui *realizzazione* in un gioco di rimandi reciproci e di consequenzialità che Bertin ha saputo ben individuare nel monito del *realizza te stesso realizzando l'altro*.

Ricondotto alle riflessioni che stiamo portando avanti sulla tutela della salute, il problematicismo pedagogico ci stimola a promuovere un insieme di progettualità che non si possono esprimere nei termini dell'individualismo e dell'opposizione agli altri, ma nella valorizzazione di azioni-progetti a matrice intersoggettiva che possano moltiplicarsi in spazi sempre più vasti fino ad arrivare a includere l'intera umanità. Per realizzare sé stessi in termini di salute, ciascuno deve tener presente che l'altro è portatore del suo

stesso diritto; non sono dunque concessi né alibi, né fraintendimenti. Bertin ci ha insegnato che il diritto/dovere del soggetto di realizzarsi si attua non contro lo stesso diritto/dovere degli altri, bensì a favore.

In questa logica gli interventi educativi e le azioni a tutela della salute devono essere orientati a promuovere progettualità condivise, nella consapevolezza che la realizzazione di ciascuno, dipenderà sia dalle condizioni generali, mondiali e sia dalla possibilità che si realizzano anche quelli degli altri, perché, per dirla con Mariagrazia Contini....*o si salva insieme o non ci si salva affatto!*²⁴

Allora la tutela e la responsabilità della salute chiedono di essere condivise tra i singoli e i gruppi della comunità, tra gli operatori e le strutture sanitarie e non, tra i governi nazionali e regionali dato che, come si legge nella Carta di Ottawa per la Promozione della salute:

la salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama. La salute è creata prendendosi cura di se stessi e degli altri, essendo capaci di prendere decisioni e di avere il controllo sulle diverse circostanze della vita, garantendo che la società in cui uno vive sia in grado di creare le condizioni che permettono a tutti i suoi membri di raggiungere la salute.

Assistenza, olismo ed ecologia sono questioni essenziali nello sviluppo delle strategie per la promozione della salute. Quindi, le persone che sono coinvolte dovrebbero assumere come principio guida che in ciascuna fase della progettazione, realizzazione e valutazione della attività di promozione della salute gli uomini e le donne dovrebbero diventare partners alla pari.

Ed è su questo *essere alla pari* che vanno diretti gli sforzi per liberarci oggi più che mai dalla trappola dell'individualismo che non trova precedenti nella storia dell'umanità, dove oltre alla xenofobia e al razzismo scorge la sua peggior rappresentazione nell'indifferenza che mette in pericolo il sentimento di solidarietà e di benessere collettivo.

La salute allora diventa un bene per molti, ma non per tutti; lo possiamo notare, per esempio, confrontando l'aspettativa di vita alla nascita che varia dai 34 anni in Sierra Leone agli 81,9 anni in Giappone. Ma anche all'interno dei singoli Paesi vi sono forti disuguaglianze – per esempio 20 anni di differenza nell'aspettativa di vita tra la parte più avvantaggiata e quella più svantaggiata della popolazione negli USA²⁵.

Per questo è necessario proporre una cultura pedagogia che promuova i principi dell'uguaglianza fra gli uomini e i popoli che sappia – rifacendoci al monito di Antonio Genovese - rivendicare per tutti l'ampliamento dei diritti umani e civili e gli ideali di

²⁴ M. Contini, *Elogio dello scarto e della resistenza*, op. cit. pag. 42.

²⁵ M. Mamot, *Social determinants of health inequalities*, in *Lancet* 2005; 365: 1099–104, cfr www.thelancet.com

pace, di benessere, di democrazia e libertà, così come sappia procedere nella lotta contro la fame e la miseria, allargando tutti i diritti fondamentali che, per lo più, vengono considerati, oggi, legati alla vita stessa dei soggetti umani e, forse, in un futuro non lontano, estesi ad ogni essere vivente in questo pianeta²⁶.

Questo monito ci spinge verso la concezione umanitaria del vivere nella dimensione planetaria che ci porta a prenderci cura non solo degli altri esseri umani e degli esseri viventi, ma anche del mondo e del suo equilibrio ecologico. Solo così si potrà delineare una visione solidale e umanitaria che si fa carico della vita e delle relazioni fra gli individui e i gruppi, allargando lo sguardo e le prospettive su chi subisce e chi è ai margini della società, soprattutto sul piano del diritto alla salute.

Promuovere, educare alla salute ed educare per la salute, diventano azioni portatrici di una immensa potenzialità etico-sociale che trovano il senso profondo nel desiderio di liberare e di promuovere la libertà individuale e collettiva. Molte sono le persone che hanno cercato di testimoniare con la propria vita l'impegno a favore dell'equità, del rispetto e dei diritti di tutte le persone, molte delle quali vissute nel silenzio senza lasciare segni tangibili, ma non per questo privi di valore. Altre invece hanno militato attivamente, talvolta pagando personalmente prezzi molto alti, per lasciare ai posteri un'importante eredità di natura educativa, come ha fatto Paulo Freire, del quale vale la pena porre una breve riflessione.

Educatore e pedagogista brasiliano, nella seconda metà del secolo scorso, ha operato concretamente nei Paesi dell'America latina cercando di dimostrare quale fosse il ruolo dell'educazione nella costruzione di una *società più giusta*, ovvero, una società democratica, aperta e capace di prendere in considerazione e valorizzare il punto di vista di coloro che erano gli ultimi e stavano ai margini perché oppressi.

Per Freire gli oppressi erano - e lo sono tutt'oggi - coloro che sono costretti a subire continue sopraffazioni da parte del potere e di una cultura dominante che valorizza la logica dell'*essere di più* di alcuni – (numericamente pochi), rispetto all'*essere meno* di altri – i molti.

Gli oppressi sono tutti coloro che vivono nella cultura del silenzio causata da una educazione che lo stesso Freire chiama «depositaria» nella quale sono gli educatori-

²⁶ A. Genovese, "Alcune parole-chiave del problematicismo: testimonianze di impegno politico e direzioni di progettualità, in *Tra impegno e utopia. Ricordando Giovanni M. Bertin*, M. Contini (a cura di), Bologna, Clueb, 2005, pag. 139.

oppressori ad avere l'ultima parola e gli educandi-oppressi, data la loro posizione di subalternità, devono accettare passivamente i depositi delle conoscenze possedute dall'educatore. In questo caso educare significa «riempire», «addomesticare» per controllare il vivere e la vita dei più deboli, proibendo loro l'esercizio di quel potere creativo e trasformativo che è insito nel diritto di ciascuno.

Caratteristica evidente di questa educazione è l'*a-simmetria anti-dialogica*, che dicotomizza la realtà con un'iniqua distribuzione delle parti. Scriveva, a tal riguardo, nel 1968 Paulo Freire:

l'educatore educa, gli educandi sono educati;
 l'educatore sa, gli educandi non sanno;
 l'educatore pensa, gli educandi sono pensati;
 l'educatore parla, gli educandi ascoltano docilmente;
 l'educatore crea la disciplina, gli educandi sono disciplinati;
 l'educatore sceglie e prescrive la sua scelta; gli educandi seguono la sua prescrizione;
 l'educatore agisce; gli educandi hanno l'illusione di agire, nell'azione dell'educatore;
 l'educatore sceglie in contenuto programmatico; gli educandi, mai ascoltati in questa scelta, ci si adattano;
 [...] l'educatore infine è il soggetto del processo; gli educandi puri oggetti²⁷.

In questo modo, la realtà dell'educazione perpetua e aggrava l'opposizione oppressore-oppresso, facendosi paladina di una concezione del sapere, della scienza, della storia in possesso soltanto di alcuni, mentre gli altri, la maggioranza, vengono «alienati» in una condizione di minorità e di ignoranza. È così che gli oppressi vengono ridotti al mutismo e all'analfabetismo cronico, rimanendo *semplicemente nel mondo, e non con il mondo e con gli altri. Uomini spettatori e non ri-creatori del mondo*²⁸. L'analfabetismo diventa una piaga culturale, la cui componente più grave è per Freire il mutismo globale di chi non possiede lo strumento essenziale, la parola autentica, che gli permette di «leggere» il mondo e la storia e di «scrivere» con le proprie mani e, con la propria azione, qualcosa di nuovo, che contribuisca a dare un nome al mondo stesso.

Con l'educazione depositaria, gli oppressori non fanno altro che trasformare la mentalità degli oppressi e non la situazione che li opprime, per meglio dominarli e farli adattare a questa situazione. All'educazione depositaria poi – denuncia Freire - viene aggiunta *un'azione sociale di carattere paternalista, in cui gli oppressi ricevono il simpatico nome*

²⁷ Cfr. P. Freire, *La pedagogia degli oppressi*, Milano, Arnoldo Mondadori Editore, 1971, pag. 83-85.

²⁸ op.cit., pag. 87.

di “assistiti”, diventando casi individuali, semplici “emarginati” che stonano nella fisionomia generale della società²⁹.

Contro tale sistema Freire propone un’*educazione problematizzante* capace di rispettare la soggettività dialogica e creativa di ciascuna persona. Un’educazione, quindi, che non considera più l’uomo, la donna e il bambino come contenitori «vuoti» da riempire, ma soggetti con «corpi coscienti», portatori di una «coscienza *in rapporto intenzionale* con il mondo». La coscienza, per Freire, è sempre intrisa di relazionalità e di intenzionalità: è quindi «coscienza di» — in rapporto creativo con gli altri e con il mondo — e, nel rapporto con sé, «coscienza di sé», «coscienza della coscienza»³⁰.

In questa prospettiva l’educazione si fa «coscientizzante» nel dare la possibilità alla persona (o meglio a un gruppo di persone) di scoprire la ragione d’essere delle cose, superando così la visione dogmatica e predefinita propria dell’educazione depositaria.

Ne deriva che solo prendendo coscienza dell’«essere al di fuori di» sarà possibile abbandonare tale condizione e mettere insieme le forze per tentare di assumere quella opposta, vale a dire l’«essere dentro di», incorporando ed integrando così anche gli oppressi dentro alla società.

Gli oppressi devono però poter liberare il proprio pensiero, senza lasciarlo imbrogliare da visioni parziali della realtà, cercando le connessioni e i rapporti che legano un problema all’altro. Ciò è reso possibile nella misura in cui si dà loro la possibilità di *parlare* e di *dialogare*. L’uomo infatti è parola, è dialogo e soltanto una educazione fondata sul dialogo può corrispondere alle intime istanze di ciascuno. Nella concezione di Freire il dialogo è una relazione orizzontale, si nutre di amore, umiltà, speranza, fede e fiducia, come scrive Moacir Gadotti³¹. Il dialogo ha un potere trasformativo permette di riflettere sulla pratica e di agire su di essa; dialogare è *agire e pensare* come soggetti e permettere che altre persone siano soggetti critici.

Considerando l’educazione come *pratica della libertà* Freire ha postulato una nuova pedagogia dove solo con un’autonoma conquista della parola e del dialogo è possibile assumere la coscienza non solo della propria condizione storica, ma anche, soprattutto della propria dignità.

²⁹ Op. cit, pag. 85.

³⁰ Op. cit, pag. 92..

³¹ M. Gadotti, *Leggendo Paulo Freire*, Torino, Società Editrice Internazionale, 1995, pag. 33.

L'educazione – annota lo stesso Freire, diventa uno straordinario supporto alla nuova società e alla creazione dell'uomo nuovo³². Un uomo, ci auspichiamo, che sia in grado anche di prendersi cura della salute di sé, degli altri e dell'intera l'umanità.

La pedagogia di Freire – che valorizza l'attivo protagonismo del soggetto - rivolta a contesti socio-culturali politici contrassegnati da palesi squilibri e da ataviche ingiustizie nella pratica del potere, conserva indubbiamente una valenza e una pregnanza pedagogica per quanto concerne la promozione e la tutela della salute. È possibile infatti trascendere ambiti contingenti e di applicabilità, rendendo la sua pedagogia proponibile, efficace e suggestiva, anche negli orizzonti sanitari, dove il diritto, la giustizia e la pace non sono solo parole logore o slogan propagandistici.

Le idee-chiave freiriane, insieme a quelle del problematicismo pedagogico, accennate in questo paragrafo, indicano chiaramente la necessità di rifarsi ad un tessuto dialogico e partecipativo per sostenere sia la tessitura teorico-pedagogica di fondo, sia le concrete trame che accompagnano l'educazione in ambito sanitario.

L'educazione e la promozione alla salute devono essere aperte senza mezzi termini alla dimensione planetaria per tendere all'obiettivo della *Salute per tutti* - come scritto nella Dichiarazione Health21: Health for all in the 21st century slogan che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in collaborazione con gli Stati Membri e con numerose organizzazioni, ha adottato, in occasione della cinquantunesima Assemblea Mondiale della Sanità, nel maggio 1998.

Tendere alla Salute per tutti significa creare le condizioni affinché le persone – intese in senso universale e per tutta la durata della loro vita - possano disporre, come diritto umano fondamentale, dell'opportunità di raggiungere e di mantenere il più elevato livello possibile di salute.

L'appello alla Salute per tutti era e rimane un appello per la giustizia sociale dato che la salute è la preconditione per il benessere e la qualità della vita. La salute è anche un importante indicatore per misurare la riduzione della povertà, la promozione della coesione sociale e l'eliminazione delle discriminazioni.

Il documento dell'OMS Health21 fonda i suoi presupposti sui successi e traguardi già raggiunti in campo della tutela della salute (riduzione della mortalità infantile,

³²M. Gadotti, P. Freire, S. Fuimaraes, *Pedagogia: dialogo e conflitto*, Torino, Società Editrice Internazionale, 1995.

prevenzione di molte malattie, aumento della speranza di vita), tenendo conto ancora delle sfide per il futuro³³ con mete da raggiungere e nuove problematiche da affrontare.

Senza ombra di dubbio il documento si presenta con una forte prospettiva utopica.

Come non-luogo o luogo che non esiste - *oú* ("non") e *topos* ("luogo") - l'utopia può essere interpretata da diverse prospettive che la possono giudicare da un lato come fenomeno irrazionale, astorico, irrealizzabile e dunque da respingere, mentre dall'altro come meta desiderabile a cui aspirare, perché ritenuta possibile e realizzabile a determinate condizioni e tempi. C'è da dire che quasi tutte le spinte utopiche contengono un pensiero pedagogico e si occupano per certi versi di educazione, dato che si presentano con tutto il loro potenziale metamorfico e trasformativo, prospettando un modello di umanità e di mondo radicalmente altro e inattuale rispetto a ciò che è evidente e presente.

L'utopia nel lessico pedagogico diventa quell'impulso che ci consente di *andare-oltre*, per cercare ciò che ancora non si è realizzato, diventando così una speranza progettuale costitutiva di quel pensiero politico, sociale e culturale impegnato alla ricerca di nuovi mondi, di nuovi modi di essere e di agire. L'istanza utopica trova nella pedagogia la possibilità di realizzare inediti modi di abitare la terra e di poter essere sempre *altrimenti* da ciò che si è, dando la possibilità di guardare davanti a sé e fare dei progetti come ci hanno insegnato Giovanni Maria Bertin e Paulo Freire accomunati entrambi dall'aver scelto la categoria dell'utopia come una delle proposizioni del loro modello pedagogico e impegno politico-educativo.

Sostenuti dalla prospettiva pedagogica diventiamo consapevoli che le istanze utopiche non sono da evitare, ma da accogliere e rafforzare, soprattutto nel momento in cui riescono a mettere in moto le idee, la creatività e le risorse per raggiungere obiettivi importanti come la salute, che abbiamo visto assumere una rilevanza non solo per la singola persona ma per l'intera umanità. La salute, dunque, non si esaurisce come un fatto individuale, ma si presenta come un fenomeno dinamico che nasce dall'interazione di tutte le persone che vivono nella comunità..

³³ Il documento *La Salute per tutti* ha come finalità l'aumento della speranza di vita in buona salute per tutte le persone, la possibilità di accedere da parte di tutti a servizi sanitari di qualità, e l'estensione dell'equità nella salute fra gli Stati ed all'interno di essi. Queste finalità saranno attuate attraverso la realizzazione di tre orientamenti politici interrelati: l'adozione del sistema dei valori della Salute per tutti, la collocazione della salute al centro del processo di sviluppo, e la costruzione di sistemi sanitari sostenibili.

3.3. *Educare per curare: l'educazione terapeutica e la progettazione educativa*

La transizione demografica dei nostri tempi, specie nelle società così dette del benessere, è caratterizzata da un basso tasso di fecondità e da un aumento della durata della vita, generando un mutamento sostanziale del quadro epidemiologico rispetto al passato.

Dal Rapporto annuale 2012 dell'ISTAT si stima che in Italia vi siano 144 anziani ogni 100 giovani³⁴ confermando un trend crescente di longevità. Basti pensare che solo 20 anni fa, esattamente nel 1992, questa proporzione era di 97 a 100³⁵.

Anche lo scenario riferito ai problemi di salute, risente di tale variazione facendone cambiare marcatamente la fisionomia. Accanto alle problematiche sanitarie acute, rimaste per lo più prevalenti fino agli anni 60 del secolo scorso, sono emersi nuovi bisogni derivanti dall'incremento delle malattie croniche per le quali è richiesto un impegno terapeutico e assistenziale complesso e duraturo. Le nuove domande di salute, in più, hanno modificato la natura degli interventi sanitari i quali chiedono di essere sorretti da vere e proprie posture educative. In modo particolare, è la condizione della cronicità ad aver sollecitato un concreto cambiamento di approccio sanitario richiedendo nuovi e diversi processi e percorsi di cura, di terapia e di gestione.

Abbiamo già avuto modo di considerare come la malattia cronica si caratterizzi per la sua alta complessità comportando problematiche, interventi, impegni e assolvimento di funzioni che vanno ad incidere, per un lungo periodo di tempo, sulla vita quotidiana sia dell'assistito che dei suoi familiari.

Le visite e i controlli periodici, l'osservanza di prescrizioni terapeutiche, le incombenze a cui adeguarsi e rimettersi, nonché le nuove regole di vita da adottare con la variazione dei ritmi e degli impegni di lavoro, oltre alla ri-definizione del proprio ruolo familiare e sociale, sono alcuni dei tanti fatti che rendono la malattia cronica un evento altamente complesso e, al tempo stesso, fonte indiscutibile di stress.

Potrebbero essere queste alcune delle ragioni per cui, nonostante i traguardi raggiunti dalla farmacologia e delle innovazioni biomediche, non sempre vi sia la garanzia di una cura completa ed efficace per chi è stato colpito da un evento cronico. Accade spesso, infatti, che nonostante la prescrizione terapeutica sia adeguata al quadro clinico, gli indicatori della malattia (parametri vitali, valori ematochimici, sintomatologia, ecc..) non

³⁴ I dati riportano che attualmente si contano 144 persone di 65 anni e oltre per ogni 100 con meno di 15.

³⁵ Cfr. www.istat.it

sempre si modifichino nella prospettiva di un miglioramento, o almeno, di una stabilizzazione clinica.

Da un documento dell'Organizzazione della Sanità del 1998³⁶ si stima che tra le persone seguite nei servizi extra ospedalieri, come gli ambulatori e il domicilio, circa l'80% sia affetto da patologie croniche e solo meno del 50% di esse segue correttamente le indicazioni di cura. Sono dati certamente poco rassicuranti che ci portano interrogare sulle cause per cui molte persone non seguono adeguatamente il piano terapeutico-comportamentale loro prescritto per fronteggiare la malattia.

Diverse sono le ipotesi da avanzare, che possiamo elencare nei seguenti punti: a) alla persona mancano informazioni corrette e chiare sulla propria condizioni di salute/malattia; c) le persone non sempre vengono aiutate e sostenute a gestire o ad assumere un comportamento responsabile nei confronti del trattamento medico; c) non sempre vi sono motivazioni, capacità o risorse necessarie per portare avanti il piano terapeutico.

Spesso buona parte delle persone colpite da una malattia cronica affronta la propria condizione in piena solitudine, riversando la richiesta di aiuto alla cerchia dei familiari più prossimi che si improvvisano esperti curanti ed autodidatti forzati su pratiche e tecniche specifiche di cura.

Prendiamo, a mo' di esempio, quanto accade alla giovane madre la cui figlia appena nata è stata colpita da una severa necrosi intestinale che la costringe ad una nutrizione parenterale totale per tutto il corso della sua vita. Escludendo l'apparato digerente, l'alimentazione potrà avvenire solamente somministrando i nutrienti direttamente per via venosa attraverso un catetere venoso centrale; senza questa procedura e tecnica quotidiana la bambina non potrebbe vivere. Superata la fase acuta dove saranno gli infermieri preposti ad occuparsi dell'assistenza diretta alla bambina e della somministrazione dei nutrienti, spetterà poi alla madre compiere quotidianamente le procedure per infondere l'alimentazione, mettendo in atto tecniche, procedure e accorgimenti che richiedono la correttezza delle manovre per non correre in rischi e creare complicanze alla figlia. In casi come questi il familiare, oltre a fare i conti con un vissuto di afflizione, misto a rifiuto e impotenza, dovuto alla malattia del proprio

³⁶ Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic disease; report of a W.H.O. working group. World Health Organization, Regional Office for Europe, Geneva, 1998.

congiunto, è forzatamente costretto ad imparare non solo l'esecuzione di tecniche sanitarie, ma anche i principi da rispettare per gestire il piano terapeutico-assistenziale per un lungo periodo di tempo, portando ad un sovraccarico emotivo, organizzativo-logistico ed economico tutt'altro che irrilevante.

La condizione di incertezza e di solitudine che spesso seguono una dimissione ospedaliera, determinano un ulteriore dispendio di energie e di stress che vanno ad aggiungersi allo stato di vulnerabilità e di ansia che caratterizza la malattia cronica. L'eshaustività delle informazioni e le modalità con cui vengono trasmesse, possono rendere il vissuto di cronicità ancor più disagiata e faticoso rispetto a quello che realmente potrebbe essere, in virtù del fatto che oggi il progresso delle terapie e delle tecnologie medico-sanitari hanno sostanzialmente migliorato i trattamenti delle cure e la qualità della vita.

La risposta alla malattia dipende in modo particolare dalla motivazione che la persona ha di apprendere nuovi stili di vita e di riconoscere le risorse necessarie per poter rispondere ai propri bisogni di salute. In assenza di questi requisiti la cura diventa solo un'incombenza gravosa, quasi obbligata, vissuta come un onere e un limite da rispettare, anziché un'opportunità per il proprio vivere.

Per aiutare le persone a prendersi cura della propria situazione di cronicità e far trovare loro le situazioni più adatte per fronteggiarla, è necessario che i trattamenti terapeutici siano accompagnati da interventi e forme di sostegno connotate da una esplicita natura educativa.

In questa prospettiva gli interventi educativi non assumono solo una funzione formativa-preventiva, come per la promozione e l'educazione alla salute, ma vengono proposti come ineluttabili interventi di cura, diventando a loro volta azioni terapeutiche.: Per questo il termine *educazione terapeutica*.

Negli anni 20 del secolo scorso accanto al trattamento insulinico per la cura del diabete, furono proposte le prime sessioni di istruzione/educazione per le persone diabetiche al fine di evitare l'aggravarsi e le complicanze della malattia di cui si era visto, risalivano alla cattiva osservanza della terapia prescritta. Furono questi i primi tentativi per far entrare in ambito sanitario i principi della pedagogia e delle scienze dell'educazione ponendo le basi per quella che oggi è l'educazione terapeutica.

Nella sua accezione terapeutica l'educazione *non ha* la pretesa o l'illusione di ripristinare l'integrità o la funzionalità degli organi o apparati compromessi della malattia cronica, ma è diretta a ristabilire la piena funzionalità della persona, tramite il recupero del proprio progetto esistenziale che passa, in primo luogo, da un ruolo attivo nel farsi carico della propria condizione di salute. Il fine dell'educazione terapeutica, perciò, non è la malattia e il suo trattamento, quanto la persona, la sua cura e il suo vivere.

Oggi più che mai, l'educazione terapeutica si afferma come una necessità al tempo stesso epistemologica, terapeutica ed economica, oltre che etica per fornire alle persone con patologie e condizioni croniche tutti gli strumenti – conoscitivi, operativi e gestionali – per trattare e con-vivere con la malattia.

Attraverso il *trasferimento* pianificato e organizzato di competenze che dall'operatore sanitario passano alla persona malata, l'educazione terapeutica stimola il passaggio da una forma di dipendenza e di delega di cura, a quello della sua responsabilizzazione e collaborazione attiva con il curante.

Scrive l'OMS:

L'educazione terapeutica del paziente dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. Si tratta, di conseguenza, di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente. L'educazione implica attività organizzative di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico concernenti la malattia, il trattamento prescritto, le terapie, il contesto ospedaliero e di cura, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e di malattia. È finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, cooperare con i curanti, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita³⁷.

Sappiamo che le malattie croniche quasi mai guariscono, ciò non significa però che non possano essere trattate, gestite e curate al fine di migliorare la qualità della vita della persone, evitando le complicanze e allontanando la morte.

Quando i fattori di rischio sono già presenti o la malattia si è manifestata, l'educazione terapeutica diventa una parte fondamentale del trattamento, al pari di qualsiasi molecola

³⁷ WHO: Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic disease, 1998, in: J. F. d'Invernois, R. Gagnayre, *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*, Milano, McGraw-Hill, 2006, pag.2.

farmacologica o intervento tecnico-assistenziale specifico per contrastare il quadro clinico, pur non sostituendosi ad essi. Ne traggono beneficio tutte le condizioni di cronicità - diabete, obesità, neoplasie, ipertensione, asma, insufficienza renale, malattie endocrine metaboliche, muscoloscheletriche e del sistema nervoso, ecc., - senza particolari limitazioni o controindicazioni, come possiamo notare dall'elenco delle patologie a cui è rivolta l'educazione terapeutica redatto dall'OMS³⁸.

Sull'efficacia di tale approccio, la letteratura scientifica riporta un numero significativo di studi che dimostrano in modo univoco come per tutte le malattie croniche l'educazione terapeutica sia in grado di diminuire le fasi di crisi e di acutizzazione delle malattie stesse, così come quella di ridurre l'insorgenza di complicanze. Si abbassano drasticamente i ricoveri di urgenza da un lato, la spesa sanitaria e lo stress e l'ansia legate alle condizioni di cronicità, dall'altra. La qualità della vita degli ammalati risulta significativamente migliorata grazie anche alla possibilità di rispondere in maniera competente alla malattia³⁹.

L'educazione terapeutica tende ad aumentare le conoscenze sulla malattia e il relativo trattamento, rinforzando le competenze dei singoli malati – e dei loro familiari, nella gestione della condizione cronica. Obiettivo di tale approccio è quello di rendere la persona *competente*, affinché possa raggiungere una propria autonomia del vivere nel miglior modo possibile, progettandosi nella vita nonostante l'*avere* e l'*essere* in una condizione di malattia.

Questa prospettiva delinea una nuova filosofia della cura che si discosta fortemente dal modello paternalistico e assistenziale, dato che mira a sviluppare l'autonomia e la responsabilità delle singole persone nella gestione e nella sorveglianza della malattia. Con l'educazione terapeutica si delinea un nuovo assetto nella relazione tra curanti e malato: da una postura centrata sulla verticalità, dove l'operatore sanitario occupa una posizione nettamente superiore rispetto al malato, si è passati ad una in cui il protagonista principale della cura è il malato stesso che «lotta» per il diritto alla sua individualità. Si scarta in questo modo l'immagine stereotipata del malato passivo, standardizzato e assoggettato a caso statistico, a favore, invece, di quella che lo vede al centro della cura interagire con i curanti e diventare così competente. La competenza nello specifico si

³⁸ Cfr. A. Ferraresi, R. Gaiani, M. Manfredini, *Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni*, Roma, Carocci, 2004

³⁹ Cfr. R. Marcolongo, *Curare "con il malato". L'educazione terapeutica come postura professionale*. Torino, Istituto Change, 2006

esprime nella misura in cui il malato viene messo nelle condizioni di *conoscere* la propria malattia, i farmaci che deve assumere e i comportamenti/stili di vita che deve adottare, nonché i criteri e i metodi per sorvegliare la propria condizione come il prevenire o valutare la gravità di una crisi. Il malato è competente nel momento in cui risulta *capace di fare*, ma anche di *volgere* ed *esprimere* efficacemente le azioni e i comportamenti correlati alla cura, come l'assumere in modo preciso i farmaci, l'eseguire correttamente le tecniche e le procedure previste – ad esempio l'iniezione per l'insulina - o saper mantenere le abitudini di vita correlate, ecc... Infine, la capacità di *essere* nella condizione di assumere autonomamente le decisioni, i comportamenti e gli atteggiamenti consoni sono altri elementi che qualificano la competenza. L'ammalato competente è colui che conosce, attua regolarmente e assume autonomamente scelte appropriate tenendo conto della sua condizione di malattia.

Jean Francois d'Ivernois e Remi Gagneyre, tra i più autorevoli esponenti in materia, considerano l'*approccio sistemico* come il metodo pedagogico meglio indicato per gli interventi di educazione terapeutica⁴⁰. Tale approccio, infatti, è particolarmente adatto alle forme di educazione e di formazione che puntano al raggiungimento di obiettivi e competenze oggettivabili.

Applicato all'educazione terapeutica l'approccio sistemico si compone di quattro tappe.

La prima riguarda *l'identificazione dei* bisogni che passa attraverso la raccolta delle informazioni, solitamente tramite colloquio, per comprendere e rilevare le necessità educative della persona a cui è rivolta l'intervento. Si tratta, in particolar modo, di far emergere i problemi prioritari in campo educativo in riferimento a quanto emerge dall'esplorazione di alcune dimensioni proprie della persona malata che d'Ivernois e Gagneyre deducono dalle domande, presentate nella seguente successione⁴¹:

- *che cosa ha?* per comprendere quali problemi di salute sono presenti e collaterali alla situazione clinica diagnosticata. Tale quesito non è diretto ad analizzare la natura della malattia cronica – questa dovrebbe già essere conosciuta dall'operatore che si prepara a pianificare l'intervento educativo – ma per identificare altri problemi di salute che possono influire sul percorso, come la presenza di particolari disabilità fisiche; di deficit sensoriali; la difficoltà alla concentrazione e via dicendo.

⁴⁰ J. F. d'Ivernois, R. Gagneyre, *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*, Milano, McGraw-Hill, 2006.

⁴¹ op.cit. pag. 53-59.

- *che cosa fa?* per conoscere la situazione personale, professionale e sociale della persona. La situazione familiare, l'ambiente in cui vive, il tipo di lavoro, le attività sociali e ricreative e come viene vissuto il tempo libero, sono informazioni necessarie per comprendere la quotidianità della persona malata, al fine di definire un piano pedagogico attinente la cura della salute di quella persona. È opportuno indagare quali sono gli atteggiamenti e i comportamenti del malato nei confronti della malattia, nel seguire o meno la terapia prescritta, che emergono dall'analisi di quanto la persona racconta del suo vivere quotidiano.
- *che cosa sa?* per far emergere le conoscenze che l'ammalato ha sulla malattia e terapia. Una attenzione particolare, in tal senso, viene posta alle *rappresentazioni* della persona, recuperando il sistema di credenze, di valori e di conoscenze acquisite da differenti fonti di informazioni e da elementi che si intrecciano nell'esperienza di malattia. È risaputo, infatti, quanto il *sapere dell'ammalato* guidi i comportamenti e gli atteggiamenti che assumerà nei confronti della sua salute. Attraverso la forma con cui viene narrata la malattia, con l'utilizzo di determinate parole ed espressioni rispetto ad altre, sarà possibile comprendere la mappa non soltanto cognitiva, ma anche emotiva e sociale che sostiene l'esperienza di malattia. Ciò che la persona crede rispetto alla sua situazione, può a seconda del caso, rappresentare un ostacolo o un sostegno all'aderenza al trattamento. Ad esempio le corrispondenze «cancro = morte» oppure «cortisone = gonfiore» rappresentano un primo ostacolo alla cura. L'importanza delle rappresentazioni e dell'immaginario socio-culturale di malattia (stigmi, pregiudizi, valori), nonché come il malato si percepisce, influenzano la sua partecipazione attiva o meno nella cura della malattia e nella gestione di eventuali rischi ad essa correlati.
- *chi è?* per delineare il profilo della persona. Si tratta di comprendere i tratti peculiari dell'ammalato in riferimento non soltanto ai dati anagrafici generali (profilo socio-culturale, scolarità e situazione familiare) o alle principali abitudini e comportamenti, ma soprattutto alla sua percezione di autoefficacia stando all'immagine di sé. La valutazione della stima che un individuo ha della propria persona e dell'autonomia che esprime nel determinarsi e nel progettarsi verso il futuro, sono elementi rilevanti che concorrono a definire il progetto educativo.

- *Quali sono i suoi progetti?* per reperire la fonte di motivazione su cui l'intervento educativo può far leva. I desideri, i progetti, gli obiettivi e le mete che si vorrebbero raggiungere, possono essere dichiarate apertamente dalla persona oppure dedotti dal suo racconto e come tale viene riformulato.

L'identificazione dei bisogni espressi - e non, permette di giungere a quello che d'Invernois e Gagnayre chiamano *diagnosi educativa* che costituisce il fondamento del programma di educazione terapeutica, da cui discendono gli obiettivi pedagogici.

Dall'etimologia greca del temine - dià - ghignòsco - diagnosi significa *guardare attraverso, leggere attraverso le righe per arrivare a conoscere*. Il medico infatti osserva, palpa, scruta, fa domande alla persona per giungere ad una diagnosi che possiamo leggere come la conoscenza più approfondita, della persona stando al suo stato di salute e malattia.

Attraverso la conoscenza dell'ammalato la diagnosi educativa, rifacendoci all'etimologia, allude al suo requisito ideale di *riconoscimento* non solo della situazione problematica, ma ancor più della sua persona. Da un punto di vista pedagogico riconoscere significa, oltre a constatare l'identità, aderire alla persona sul piano del suo essere dimostrando consenso e accoglienza alle sue narrazioni. Per questo la diagnosi educativa prende in seria considerazione quanto il soggetto esprime in temine di saperi, valori, comportamenti e progetti facendo riferimento non tanto al limite, alle alterazioni, alla mancanza o allo scarto – come invece accade per quella medica, ma alle potenzialità e risorse presenti in divenire nella persona. Per questo non è mai definitiva ed esaustiva, dato che non è possibile conoscere tutte le dimensioni del malato; la diagnosi educativa si presenta come una immagine istantanea, pur relativamente affidabile, del soggetto in rapporto al suo stato di malattia nella contingenza.

Con la *formulazione del piano educativo* che deve essere sempre concordato con la persona, si entra nella seconda tappa dell'approccio sistemico.

Solo dopo aver riconosciuto e delineato i bisogni e i progetti della persona sarà possibile definire le competenze che la persona potrà raggiungere al termine dell'intervento di educazione terapeutica. Le competenze che si decide di raggiungere vengono chiaramente identificate in quello che nell'approccio sistemico si chiama *contratto di educazione*, fase caratterizzante che vede curato e curanti stringersi intorno alla definizione di obiettivi comuni. Si tratta di un vero e proprio patto in cui malato e operatore fissano gli accordi

da assumersi reciprocamente lungo il percorso di educazione terapeutica. Non si tratta però di un accordo soltanto morale, ma anche concreto per un impegno condiviso e congiunto che parte dalla negoziazione degli obiettivi di apprendimento che vengono formulati sulle competenze che l'ammalato dovrà poter acquisire per la gestione della sua malattia e del suo vivere. Nel contratto si andranno anche a circoscrivere gli aspetti concreti e organizzativi che definiranno l'intervento educativo, come, ad esempio, la frequenza degli incontri, o le modalità cui essi si realizzeranno.

La terza tappa dell'approccio sistemico consiste nel selezionare i contenuti da far apprendere definendo i metodi e le tecniche pedagogiche da proporre a questo scopo: siamo nella fase della *progettazione della attività educativa*. La scelta dei metodi e delle tecniche pedagogiche derivano dalla definizione degli obiettivi dell'educazione terapeutica, che vengono fissati alla luce della diagnosi educativa. Progettare un'attività educativa richiede all'operatore lo sviluppo di una competenza specifica, tutt'altro che approssimativa o estemporanea, dato che la progettazione educativa è un'attività complessa e contingente che richiede un sapere pertinente. Infatti come attività complessa sanitaria e articolata in più fasi, l'intervento educativo deve essere progettato e pianificato con la medesima accuratezza che viene riservato alle pratiche diagnostiche, terapeutiche, assistenziali ordinarie.

La quarta tappa è quella della *valutazione* messa in campo per conoscere, comprendere e misurare i risultati dell'attività educativa. Se, come abbiamo detto, l'obiettivo dell'educazione terapeutica è l'autogestione della malattia, aiutando la persona ad apprendere conoscenze, atteggiamenti e gesti tramite un percorso pedagogico attivo e partecipante, al termine dell'intervento l'operatore, insieme al malato, andrà a ricercare gli esiti di tale intervento, «misurando» i cambiamenti avvenuti. Consiste propriamente nel valutare il percorso fatto rispetto agli obiettivi concordati nel contratto educativo.

Si compone di una valutazione sistematica che riporta ciò che in quel momento la persona conosce, ha compreso e che sa fare in termini di gestione della malattia, oltre a definire eventualmente ciò che gli resta ancora da apprendere. La valutazione è una fase importante dell'approccio sistemico, tanto che d'Invernois e Gagnayre la considerano al pari di un *atto terapeutico*⁴². Si avvale di diversi strumenti che si adattano alla variabile

⁴² op.cit. pag. 41.

che si vuole misurare: conoscenza, decisioni, tecniche, attitudini e compongono, al proprio interno, differenti criteri come quelli biologici, clinici, pedagogici e psico-sociali. Nell'approccio sistemico il punto di partenza (l'analisi dei bisogni) e il punto di arrivo (la valutazione) si congiungono e si integrano per dimostrare se, al termine dell'intervento, la persona è in grado di gestire della propria malattia e dunque sentirsi competente.

Come intervento di cura finalizzato ad *ex ducere* le motivazioni, le conoscenze e le capacità necessarie a far sì che la persona possa amministrarsi nella condizione di cronicità, l'educazione terapeutica si connota per la sua utilità e bontà che risentono delle ricadute:

- *sanitare*, conseguenti al miglioramento delle condizioni di salute promuovendo un sempre maggior benessere;
- *pedagogiche* per la possibilità che la persona ha di apprendere e cambiare i propri comportamenti e stili di vita alla luce di un progetto esistenziale;
- *politico-economiche* con una diminuzione del consumo di quelle cure e prestazioni considerate non necessarie con una sostanziale riduzione della spesa sanitaria;
- *etiche* per lo sviluppo del potenziale umano e della qualità di vita che transita dal rispetto, dalla responsabilità e dalla libertà di scelta dell'ammalato senza dover ricorrere a condizionamenti paternalistici attraverso meccanismi di persuasione più o meno occulti.

Con l'educazione terapeutica si apre una tensione emancipante sull'ammalato: non è più solo condizionato dalla malattia e dalla cura, ma è libero di fissare la propria norma di salute e applicare - o non applicare, immediatamente o tardivamente i principi che gli sono stati insegnati. Per l'operatore sanitario questo non significa disinteressarsi a lui e alla sua condizione di salute, ma dimostrarsi accoglienti e rispettosi della sua *competenza* dal momento che l'esperienza di malattia, congiunta alle conoscenze che sono state accumulate su di essa, fanno dell'ammalato il vero esperto della malattia. Di fronte a questa prospettiva medici, infermieri, educatori dovranno porsi in una postura di collaborazione con l'ammalato e non più, di suprema di guida direttiva, atteggiamento che abbiamo visto solcare le scene della tradizione sanitaria.

3.4. *Educare per incontrare: costruire le trame dell'aiuto*

I principi che sorreggono sia gli interventi di promozione della salute che quelli di educazione terapeutica stanno configurando nuove metafore alla relazione di cura che possiamo notare a partire dalle posizioni che assumono sia gli operatori sanitari che gli assistiti. Mentre i primi nel decentrarsi dalla scena sanitaria si spogliano progressivamente del loro eccessivo tecnicismo e del ruolo taumaturgico, i secondi acquistano sempre più spazio entrando nella relazione di cura non solo con i bisogni sanitari, ma anche con i vissuti e i progetti di vita. L'ammalato è ora libero di stare sulla scena sanitaria con tutta la sua *biografia*.

A dire il vero, il ricorso alla storia della persona non è un fatto nuovo nei contesti sanitari. Da sempre il medico per formulare la diagnosi ricorre all'*anamnesi* recuperando i precedenti fisiologici e patologici, individuali e familiari del soggetto che ha in cura. È una tappa importante del processo clinico che evoca lo stato della memoria e del ricordo, come ci riporta l'etimologia del termine – dal greco *anámnesis*, - che significa appunto reminiscenza. Si tratta però di un fare memoria limitata agli avvenimenti che hanno contrassegnato la storia di vita di quella persona, con lo sguardo rivolto esclusivamente al versante della salute e della malattia.

«Quando sono comparsi questi sintomi? Di quali malattie ha sofferto suo padre? A quali interventi chirurgici si è sottoposto quando era bambino?» sono le tipiche domande che il medico formula direttamente, raccogliendo dalla viva voce della persona – o da un suo familiare - la storia clinica relativa alla malattia in atto e degli eventi patologici più significativi antecedenti alla malattia stessa.

Con l'anamnesi si raccolgono notizie che richiamano alla memoria l'ereditarietà morbosa e morbigena degli ascendenti (avi, genitori), dei collaterali (zii, fratelli, cugini), dei discendenti (figli, nipoti) oltre alle forme morbose che hanno colpito la persona dalla nascita sino all'insorgenza della malattia attuale.

L'anamnesi medica punta l'attenzione anche sui ricordi non patologici, ovvero fisiologici, come l'ordine di progenitura, le caratteristiche del parto, il tipo di allattamento, il periodo di dentizione, la scolarità, il lavoro svolto, l'epoca della comparsa del primo flusso mestruale (per la donna), la salute del coniuge, i figli, ecc...

Al malato viene fatto fare un viaggio nel passato per recuperare un mondo che forse, fino a quel momento, era stato dimenticato. Nel raccontare, narrare e riferire la propria

storia di salute e malattia la mente trasforma i fatti; essi non corrisponderanno all'oggettivo rispecchiamento della realtà vissuta, dato che nessun ricordo potrà ricomparire sotto forma di una esatta copia dell'accaduto.

Normalmente, nel ricordare alcune circostanze della propria vita, il malato tende a mettere insieme gli eventi e le emozioni dando loro una forma, un disegno, una trama, seppur sconnessa, che il medico, dal canto suo, prende, traduce e interpreta per giungere alla soluzione del problema diagnostico. L'opera di traduzione passa però attraverso un rilevante processo di scorporazione: i *fatti* vengono separati dai *vissuti*.

Mentre il malato racconta, il medico trascrive sulla cartella clinica le malattie, le disabilità e i lutti come segni oggettivi di funzioni alterate e come eventi straordinari della vita, privati però delle loro tonalità emozionali e ancor più esistenziali. A dire il vero manca il tempo per fare un reale tuffo nella memoria: l'anamnesi si compie troppo rapidamente. Con tono incalzante il sanitario formula in rapida successione le domande e lo fa spesso senza nemmeno guardare negli occhi il proprio interlocutore; in quel momento è invece attento a riempire i campi della rigida check list stampata sulla cartella clinica che racchiude un insieme di categorie patologiche che deve spuntare sulla base dei fatti che vengono raccontati.

Una volta raccolte le informazioni l'alfabeto medico ricompone i segni raccontati del vivere in quadri predefiniti di malattia, per poi leggerli unicamente sul piano biologico. Così la malattia e il dolore vengono compresi e presentati nella loro unilateralità fisica, in modo tale che gli aspetti soggettivi siano lasciati al mittente.

Il medico, soprattutto con l'avvento della medicina scientifica, è stato formato ad uno sguardo clinico che doveva passare dall'osservazione di un corpo all'altro, e la sua riflessione sulla malattia doveva essere compresa unicamente come fenomeno clinico (eziologia, decorso e prognosi) senza «metticciarsi» con i vissuti esperienziali del suo interlocutore. Al medico, infatti, è stata preclusa qualsiasi forma di coinvolgimento. Da qui il suo sguardo – denominato clinico - ha smesso di incontrare il malato – e tanto meno il suo volto, dando spazio solo alla malattia.

La soggettività della persona curata è scomparsa dietro la ricerca dell'oggettività di segni sintomatici: la storia individuale, l'esperienza esistenziale e i progetti futuri sono rimasti al di fuori dello spazio-luogo della cura sanitaria in modo che il medico legga solo la patologia di quella vita, tralasciando la sua biografia.

Lontano dal glossario medico-sanitario la malattia, componente universale dell'esperienza umana, ha continuato ad essere espressa da altre sintassi e grammatiche. Proprio perché la malattia non è un concetto statico e monosemantico, ma polivocale e situato, è stata pronunciata con termini differenti che si caratterizzano per il loro carattere connotativo.

A seconda che venga narrata «dal di dentro», vale a dire da chi la vive, oppure «dal di fuori» cioè da chi la osserva, come nel caso dell'operatore sanitario, la malattia viene proferita con nomi diversi.

Male, infermità, indisposizione, disturbo, malanno, morbo, disfunzione, patologia o sindrome, sono alcune delle espressioni che utilizziamo nella lingua italiana per riferirci alla malattia, oppure, come nella lingua inglese, ci si riferisce a categorie specifiche - *disease, illness o sickness* – per specificare gli aspetti denotativi della malattia.

Con *disease* il riferimento viene fatto alla malattia pronunciata «dal di fuori» e intesa in senso biomedico. È la malattia letta come lesione organica o aggressione di agenti esterni, fenomeno oggettivabile da una serie di parametri fisico chimici.

Illness, invece si usa quando la si guarda «dal di dentro», in riferimento all'esperienza soggettiva dello star male vissuta dalla persona sulla base della sua percezione concreta del malessere.

Ma il concetto di malattia non si limita soltanto alla componente biomedica (*disease*) e a quella soggettiva (*illness*), considera anche la malattia intesa come riconoscimento sociale. Questa terza dimensione prende il nome di *sickness*. Da qualche tempo anche il lessico sanitario ha introdotto al proprio interno alcuni termini connotativi della malattia⁴³, facendo presagire un cambiamento di rotta delle cure.

Oggi, ad esempio, nei contesti anglofoni si parla espressamente di *illness experience* con riferimento all'esperienza e al vissuto di malattia proprio della persona che la sta vivendo. Con questo nuovo termine, che indica un nuovo paradigma della cura, l'operatore sanitario è chiamato a prendere in considerazione il vissuto che la persona ha della

⁴³ In linguistica ogni parola può essere analizzata sotto due aspetti, quello denotativo e quello connotativo. La denotazione è il semplice significato letterario di un termine e si riferisce alla prima definizione che troviamo in un dizionario o un'enciclopedia. La connotazione richiama, invece, il contenuto emotivo, l'alone di suggestioni che caratterizza un termine e per estensione un testo. La denotazione è dunque il significato "primario" di una parola, quello generalmente condiviso, che rimanda con precisione a un referente, cioè denota, indica. La connotazione rappresenta, invece, uno o più significati aggiuntivi, di solito traslati, ricchi di allusioni e implicazioni di tipo emotivo. La connotazione non si ottiene solo con il procedimento metaforico, ma è insita anche nella distinzione tra parole che hanno lo stesso significato, ovvero sinonimi. Le parole *gatto* e *micio*, per esempio, possiedono la stessa denotazione, ma connotano diversamente. La prima ha carattere più "oggettivo" e "neutro", la seconda porta con sé un alone di intima affettuosità.

propria malattia, ovvero la sua esperienza, per comprendere più da vicino quella specifica e unica «realità umana» con cui entra in relazione.

Il vissuto, come ci spiega Lucia Zannini⁴⁴, è la dimensione inconsapevole e personale della malattia che diventa «esperienza» tramite un processo di riflessione a carico di chi la sta vivendo. I vissuti possono essere sia cognitivi, in riferimento alle credenze e alle teorie che guidano la persona, sia emotivi quando lo stato di malattia apre agli stati d'animo, ai sentimenti e alle emozioni.

Attraverso una riflessione sul proprio vissuto, la persona arriva a individuare la sua esperienza di malattia; esperienza che diventa importante non solo per capire più approfonditamente il suo problema di salute, ma anche per progettare quello che avverrà dopo la diagnosi con il piano terapeutico.

Considerare la malattia nella sua dimensione esperienziale da parte di colui che ne è il portatore è la filosofia che regge il modello anglosassone del *patient-centered* o «medicina centrata sulla persona».

Scrivono a tal riguardo Moja e Vegni⁴⁵:

Senza rinnegare, e anzi riproponendo gli obiettivi del modello *disease centered*, la medicina *patient centered* aggiunge alla necessità di individuare una malattia e di trattarla, la necessità di confrontarsi con il significato, puramente soggettivo, che la malattia acquisisce nel malato che ne soffre.

Come abbiamo già avuto modo di vedere con l'educazione terapeutica, la prospettiva che ne discende è quella che vede il malato essere l'esperto e dunque persona competente della propria malattia, mentre il medico e gli altri operatori sanitari rimangono competenti ed esperti della *disease* e del suo trattamento.

Con questa immagine si riassetta un equilibrio che ha come baricentro proprio il concetto di competenza di cui entrambi sono portatori, conciliando quella postura che per troppo tempo è stata sbilanciata sul paternalismo medico. Con la medicina centrata sulla persona ci si orienta verso un orizzonte dialogico che valorizza ed integra le conoscenze, le capacità e le esperienze del malato e dell'operatore sanitario. Dal momento che le storie di *disease* e quelle dell'*illness* hanno uguale considerazione e spazio nelle pratiche di cure, esse non potranno più essere considerate come irrilevanti e scorporabili.

⁴⁴ L. Zannini, *Medical humanities e medicina narrativa*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2008, pag. 46.

⁴⁵ E. Moja, E. Vigni, *La visita medica centrata sul paziente*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000, pag. 43.

Certamente per un operatore, soprattutto quando non allenato, risulterà difficile poter raccogliere la storia della malattia nella duplice prospettiva, ma ad agevolare questo processo, ci pensa per certi versi l'ammalato.

Quando si reca dal suo medico o da qualsiasi altra figura sanitaria, la persona non porta solo una descrizione di sintomi, ma racconta una vera e propria storia di malattia. Il racconto della sua situazione a volte è frammentario, lacunoso e caotico e non sempre risulta immediatamente comprensibile all'orecchio del suo interlocutore. Si tratta, il più delle volte, di racconti carichi di emotività, nonché di vissuti, di rappresentazioni spesso celate, che si basano su teorie ingenuie non scientifiche di malattia. Raramente il malato si avvale di descrizioni precise e puntuali presentate in modo ordinato e, per certi versi, asettico.

Nel narrare i propri sintomi, contestualizzandoli al tempo e alla modalità di comparsa, l'ammalato racconta comunque di sé. La storia di malattia diventa una *piccola storia* dentro alla *grande storia*: vale a dire quella della vita della persona. Nel raccontarsi l'ammalato offre frammenti della sua esistenza in una trama narrativa che connette passato, presente e futuro.

Ed è in vista del futuro più prossimo che l'ammalato si racconta, pur celando le sue aspettative. Senza dubbio, narrando la sua storia il malato si aspetta in primo luogo la cura e la risoluzione del problema di salute. Ma non solo. Ha bisogno di essere ascoltato, compreso e accolto sul suo piano esistenziale perché sta vivendo un momento di grande fragilità.

Quando si accosta ad una visita medica, ad esempio, il malato è portatore di una pluralità di aspettative non sempre dichiarate e talvolta non riconosciute, come riporta Lucia Zannini citando Joseph H. Levenstein uno dei fondatori del metodo *patient-centered*:

Ogni paziente che chiede una relazione di aiuto ha alcune aspettative rispetto alla visita, che non sono necessariamente esplicitate [...]. Ogni paziente prova delle emozioni in relazione al suo problema o ai suoi problemi [...] Comprendere le aspettative del paziente, le sue emozioni e paure è qualcosa di molto specifico [...] Entrare nel mondo del paziente è un'arte difficile [...] Ciò richiede anche una competenza nell'uso di determinate tecniche [di comunicazione]⁴⁶

Il malato ha bisogno di una risposta medico-specifica al suo problema, ma anche di una rivolta alla sua storia di vita. Desidera essere compreso nella sua interezza: quella

⁴⁶ Cfr. Levenstein et.al, *The patient-centered clinical method* (1986) in L. Zannini, *Medical humanities e medicina narrativa*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2008, pag. 52.

biologica e non; per poter essere riconosciuto nei suoi sentimenti, nelle sue idee e nelle sue aspettative. Nello specifico, ha bisogno di un'alterità in grado di donargli ascolto e comprensione del suo mondo.

Il malato chiede al curante, indipendente dal profilo professionale, la disponibilità di «immergersi» nel suo racconto per fare esperienza di accoglienza, che parte proprio dal sentirsi dare «ragione» al suo punto di vista. Questo non vuol dire però che l'interlocutore debba per forza essere d'accordo con quello che l'ammalato riporta, è sufficiente, invece, accettare e riconoscere quella storia al di là delle divergenze di vedute. Se l'ammalato sente che il racconto della propria storia è accettato, potrà con più facilità sentirsi riconosciuto come persona.

Oltre ad ascoltare la storia di malattia, l'operatore deve saperla comprendere esercitando anche empatia, dando così spazio alle emozioni e ai tanti, e spesso complessi, sentimenti che si generano nella cura. Non solo il riconoscimento della sua persona, ma anche del suo modo di sentire, permetteranno all'ammalato di sentirsi compreso.

Comprendere deriva da *cum-prendere*, che significa prendere qualcosa e diventare uniti con essa. È un prendere insieme che passa attraverso la disponibilità ad «entrare nella persona», sapendo a priori che non sarà possibile portare tutto a sé. Sarebbe un'illusione e ancor più una pretesa onnipotente quella dell'operatore che vuole capire in tutto e per tutto l'altro, come, d'altro canto, pretendere per un assistito di essere decifrato in ogni sua dimensione. *Cum-prendere* significa invece impegnarsi per costruire una relazione, che si connoterà di aiuto, nel momento in cui darà all'ammalato la possibilità di poter essere sé stesso.

Dato che l'aiuto non si esprime solo sulla tecnica, ma ancor prima sulla relazione, come ci ricordano Andrea Canevaro e Arrigo Chieregatti⁴⁷, è su di essa che bisogna volgere l'attenzione soprattutto quando si ha a che fare con le istanze educative sanitarie.

Aiutare la persona ad accettare una nuova condizione che ha determinato una rottura biografica, per via di un'aggressione non soltanto al corpo ma anche al suo senso di identità, presuppone la disponibilità dell'operatore ad una tensione comprensiva (e non compassionevole!) che lo dovrebbe spingere a far uso di tatto e di attenzione per accogliere la persona con le sue paure e speranze. Accettare l'ammalato è anche concedergli la possibilità che riversi nella relazione di cura una ricerca esasperata di

⁴⁷ A. Canevaro, A. Chieregatti, *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Roma, Carocci, 1999.

solievo, aiuto e rassicurazione. Nel momento in cui incontrerà un operatore che si dimostra fin da subito comprensivo e disponibile a lui, l'ammalato potrà liberarsi del suo stato di apprensione.

Su questi presupposti si delinea quella che potremmo definire *pedagogia dell'incontro* che vede la malattia come un terreno di avvicinamento tra persona malata e operatore sanitario. Proprio perché c'è una malattia, o una condizione di malessere, si creano i presupposti perché avvenga l'incontro tra i due soggetti della cura.

L'avvicinamento del medico o di un altro operatore sanitario al malato fa sì che la cura si profili come *pratica intersoggettiva* portandoli ad assumere una identità che li accomuna, oltre alla loro specifica individualità. Vediamo come: l'*Io-operatore* e l'*Io-curato* non rimangono entità a sé stanti; in virtù del loro incontro, seppur fortuito e senza alcuna intenzionalità, essi generano un *noi* che li eguaglia e li fa aderire, facendoli sentire parte, della medesima relazione. Nella relazione l'*io* e il *tu* abitano dentro al *noi* per costruirsi insieme. È questa la dinamica della relazione di aiuto

Leggiamo:

L'esperienza dell'incontro con l'altro modifica la mia identità, in un certo senso possiamo anche dire che costringe la mia personalità a un cambiamento, perché l'io «si apre a...»; ma allo stesso tempo un'altra cosa è sperimentata: l'*intersoggettività*; qualcosa che ci spinge oltre la sola modificazione della nostra monade⁴⁸.

Da questa angolatura propria della fenomenologia presa da Valentina Mazzoni e Roberto Gris, si comprende come l'incontro generi nei singoli apertura e cambiamento spingendoli ad andare oltre a sé per avviare una storia. Pur procedendo nella medesima direzione, la storia non potrà mai essere la stessa, in termini di significato, per i suoi protagonisti. Lo abbiamo appena visto con il fenomeno malattia, dove la medesima disfunzionale – ad esempio l'ulcera gastrica - diventa storia di *illness* o storia di *disease* a seconda del soggetto che la vive o la osserva.

Anche nella relazione di cura il principio è lo stesso; pur prendendo parte ai medesimi accadimenti e alle stesse procedure terapeutiche, operatore e malato costruiranno nella stessa situazione, contesto, tempo, ecc...una *storia-per-me*, *storia-per-te* e come *storia-*

⁴⁸ V. Mazzoni, R. Gris, "Intersoggettività" in *Per un lessico di pedagogia fenomenologica*, di P. Bertolini, (a cura di), Treno, Erikson, 2006, pag. 156.

*per-noi, dove il per-noi acquista un significato altro rispetto al mio, al tuo e alla somma dei nostri punti di vista*⁴⁹.

La questione dell'intersoggettività pone con forza una riflessione sulle modalità e sulle finalità che i rapporti interpersonali dovrebbero avere all'interno dei contesti di cura, per capire, soprattutto da parte dell'operatore sanitario, come poter entrare in relazione con l'assistito.

Come abbiamo più volte detto, aiutare nella cura non significa solo rispondere ai bisogni fisici, ma condurre l'ammalato a raggiungere sempre più maggiore libertà nel determinarsi e progettarsi. Nella prospettiva pedagogica significa promuovere la crescita, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di essere e di agire il più adeguato e integrato possibile dell'assistito. Significa dargli la possibilità di entrare *nel cuore della scelta*, parafrasando un testo di Maurizio Fabbri, per assumersi la possibilità di avvalersi delle proprie facoltà critiche e intenzionali e di cogliere i fenomeni che si presentano nella loro purezza, confrontandosi con tutto ciò che esiste e caratterizza la sua vita⁵⁰.

Solo quando l'operatore sarà in grado di dimostrare fiducia nelle capacità del proprio interlocutore di dirigersi da solo e di avere sufficiente potere per trattare in modo costruttivo gli aspetti della propria vita, anche in una condizione di vulnerabilità come nella malattia, potrà realmente essere d'aiuto.

Gli interventi dell'operatore vanno mossi per *aiutare la persona a trovare la propria strada* senza formulare risposte o consigli particolari. Si tratta di mettere in campo quell'*approccio non direttivo* di cui parla Silvia Kanisza rifacendosi a Carl Rogers quando delinea le caratteristiche per realizzare una relazione di aiuto centrata sulla persona⁵¹.

La non direttività non è una tecnica ma un atteggiamento che il curante dovrebbe assumere calandosi nel mondo della persona senza sovrapporvi se stesso, dimostrando piena fiducia nel fatto che le scelte che prenderà saranno adatte alle sue esigenze.

Educare per incontrare significa in definitiva saper raggiungere l'altro per mezzo di un contatto che offra l'occasione per arrivare e sollecitare i suoi vissuti e ad *aiutarlo ad aiutarsi*.

⁴⁹ Op.cit. pag. 155.

⁵⁰ M. Fabbri, *Nel cuore della scelta*. Milano, Unicopli, 2005.

⁵¹ S. Kaizsa, *L'ascolto del malato*, Milano, Gurini Studio, 2003.

Abbiamo visto che il malato non si trova solo nei segni della sua malattia, ma transita all'interno dei suoi pensieri, dei suoi affetti, dei suoi valori, dei desideri, della storia e anche verso tutto ciò che deve ancora manifestarsi.

L'incontro non è mai un unidirezionale, è sempre l'esito di un tragitto che si compie nella reciprocità. Incontrare per incontrarsi, allora, si dà nella possibilità perché si possa attivare un processo di scambio e di apprendimento reciproco. Per l'ammalato e per il sanitario incontrarsi significa offrirsi un vicendevole riconoscimento che parte dall'identificazione delle dimensioni corporee, sociali, psicologiche ed etico-valoriali nonché progettuali di cui entrambi sono portatori. Ci si incontra non solo perché si è costretti dalla malattia, in tal caso l'incontro sarebbe prevalentemente fisico, ma anche perché si desidera conoscere il nuovo, l'inaspettato.

La pedagogia dell'incontro cambia le prospettive della cura, sull'aiuto e sui suoi interlocutori. Incontrarsi significa, per dirla con Elena Malaguti, *lasciare che l'altro ci contaminino un po', senza invasioni di campo, portando e richiedendo attenzione e rispetto*⁵². L'altro può essere allora motivo di apprendimento inaspettato che fa scaturire semi dai quali far germogliare nuovi frutti per la propria e altrui vita, rivelando tutta l'istanza pedagogica che ciò comporta. Questo vale sia per l'ammalato, sia per l'operatore sanitario.

3.5. Educare nel limite e nella fragilità: la resilienza per riannodare i fili di una vita interrotta

Il tema che ha percorso trasversalmente il discorso fino a qui, che parte dalla natura educativa degli interventi sanitari, sostiene il principio che le cure educative siano rivolte esclusivamente alla persona – e dunque non alla malattia - e alle conseguenze di quest'ultima sulla sua esistenza. La possibilità di curare, aiutare ed educare un assistito richiede all'operatore la capacità di dar vita ad una relazione interpersonale intenzionale, consapevole e progettata che sappia rendere la persona libera, indipendente, autonoma e capace di continuare a vivere nonostante la presenza di situazioni problematiche che ostacolano il percorso esistenziale, come nel caso della malattia. Tuttavia ci sono situazioni dove tutto ciò può apparire difficile, se non impossibile, per cui le riflessioni tracciate rischiano di essere lette come concetti formulati con stile, o utopismi mossi da

⁵² E. Malaguti, *Educarsi alla resilienza*, Trento, Erickson, 2005, pag. 190.

un riflessione pedagogica lontana dalla realtà. Ci riferiamo, in modo particolare, a quelle situazioni al limite della vita, nelle quali la sofferenza è l'*invisibile presenza*, come la chiama Giuseppe Barzaghi⁵³, che abita l'interiorità della persona. Leggiamo a tal proposito:

Dopo la diagnosi, estate 2003

Io sono morto. Cammino tra le ombre, vedo il mondo da una finestra invisibile.

Se c'è luce, è perché qualcuno ha dimenticato accesa la luce, o per gioco perfido.

La prima cosa a cui penso, appena sveglio, è il mio male. A ogni risveglio, nessun orizzonte che non sia la fine e la fine del male.

Vivo nella mia morte, e null'altro mi è permesso.

Chi sono io? Colui che non potrà essere ciò che è stato. Colui che non sa che sarà. A chi sto scrivendo? E che cos'è scrivere, a partire dal mio male e, sopra questo, verso cosa? Chi sono? A chi sto scrivendo? Che cos'è scrivere, oltre che esercizio e distrazione da questo male?

Sono queste le parole di Giovanni Cenacchi scritte nel suo diario appena dopo la comunicazione di una diagnosi di un tumore in stadio ormai avanzato all'età di 40 anni. Pubblicato postumo come libro⁵⁴, il diario registra il progresso di un male inguaribile che ha aggredito un corpo fino a consumarlo e portarlo alla morte. Un male, però, che non ha tolto la ricerca di senso, la lucidità e la voce al suo diretto interessato.

Questa, come tante altre, è una storia che narra di una situazione difficile, al limite, da considerare come condizione di vita critica per la quale è difficile ottenere delle spiegazioni, sia per chi la vive, sia per chi si trova ad aiutare.

L'impatto con la sofferenza e con tutte quelle realtà profondamente dolorose, spesso prende il sopravvento e rischia di non lasciare spazio ad altro. Pur vivendo situazioni difficili, vi sono situazioni che più di altre generano vulnerabilità e fragilità. Sono, in particolar modo, quegli eventi che schiacciano, bloccano e paralizzano e che letteralmente «fanno mancare il fiato».

La vita che viene segnata da una situazione limite è una vita che fa i conti con un evento imponderabile e imprevisto, non scelto, che condiziona non solo il presente, ma anche il futuro. Per la persona, ciò che fino a quel momento era considerato impossibile si è fatto possibile e ciò che era lontano è diventato vicino; il male del fuori è entrato dentro. Ci riferiamo in particolar modo a tutte quelle malattie a prognosi infausta che colpiscono in modo particolare i giovani – ma non solo - come i traumi che lasciano immobili «dalla testa in giù», i tumori che insorgono già in età pediatrica, alle perdite accidentali e

⁵³ G. Barzaghi, *Lo sguardo della sofferenza*, Bologna, Edizioni ESD, 2011.

⁵⁴ G. Cenacchi, *Cammino tra le ombre*, Milano, Mondadori, 2008.

inaspettate di un proprio caro e a tutte quelle situazioni in cui la morte arriva segnalando coscientemente il traguardo della propria vita.

Sono questi fattori perturbanti, inafferrabili che rendono da quel momento in poi la vita insopportabilmente problematica, oscura e fragile.

Ci sono fasi della vita dove il buio e il silenzio si contrappongono ai chiassosi scintillii, talvolta inconsapevoli, di chi invece pensa che il limite non possa appartenere all'esistenza. Siamo talmente abituati a concepire l'uomo come soggetto egemone nei confronti dell'ambiente storico-naturale, di sé stesso e degli altri, che tendiamo ad imporre le nostre ragioni e volontà di potenza, fino a considerarci come gli artefici e i creatori del mondo medesimo. Anche da adulti spesso ripresentiamo quella condizione iniziale della nostra infanzia che ci ha visto vivere in una realtà costruita soggettivamente, dove tutto (compresa la madre) era sotto il nostro controllo; ci riferiamo a quella fase che Winnicot ha chiamato *onnipotenza soggettiva*⁵⁵. Ma a un certo punto della nostra vita scopriamo che non siamo più noi a creare le cose con i nostri bisogni e che perdiamo quel senso di egocentrismo che ci aveva accompagnato fino a quel momento. Scopriamo la nostra impotenza.

Quando incontriamo la realtà che si presenta per quella che è, ovvero con i suoi limiti e discontinuità, apprendiamo che nulla è più sotto la nostra completa direzione. Ci sono eventi particolarmente dolorosi che scorrono la vita in sequenze temporali facendo in modo che vi sia un *prima*, un *mentre* ed un *dopo*, come ci dice Elena Malaguti⁵⁶, andando a spezzare quella integrità e illusione verso cui abbiamo pensato di essere fino a quel momento.

È nel *mentre* di una grave malattia che la mente non solo evoca i ricordi del *prima*, vivendo stati di nostalgia e tristezza, ma anche si proietta nel *dopo* facendo presagire possibili scenari angoscianti di non ritorno, in un senso di piena realtà.

Un trauma, una perdita o un dolore provocano quindi l'interruzione di quella idealizzata continuità e di quel benessere che allenta, ma ancor più recide, le connessioni con gli altri e con sé.

Di fronte a queste condizioni di fragilità – da *fran-gere* che significa rompere, frantumare – abbiamo bisogno di riannodare i fili della storia interrotta e comprendere quali possano

⁵⁵ Cfr. D. Winnicot, *Colloquio con i genitori*, Milano, Raffaello Cortina, 1993.

⁵⁶ E. Malaguti, *Educarsi alla resilienza*, Trento, Erickson, 2005, pag. 26.

essere le azioni da compiere per far fronte all'evento perturbante, e se possibile trasformare e riorganizzare positivamente la vita.

La prospettiva pedagogica che stiamo cercando di mettere in evidenza in questo lavoro è sorretta dalla convinzione che vede dietro ad ogni scacco, perdita e fragilità, la possibilità di ritrovare quei germi e quelle le condizioni per la nascita di nuovi e differenti progetti di crescita e di formazione personale. Dentro ad ogni espressione di vuoto esistenziale e di solitudine, ci dice Maurizio Fabbri⁵⁷, si trova la possibilità e l'occasione di una *rinascita e autoformazione*, il che vuol dire che di fronte a qualsiasi trauma o situazione di sofferenza è possibile riprendere il cammino della vita.

Una delle sfide che la pedagogia lancia nei contesti sanitari, che come sappiamo sono pervasi da situazioni sostanzialmente al limite, è quello di presentare la prospettiva del dolore come occasione di *apprendimento*. La sofferenza che spesso chiude la persona nella sua condizioni di malessere, privandola degli orizzonti di speranza, può diventare, al contrario, motore di cambiamento possibile. Nonostante la presenza di circostanze avverse, pensiamo che vi sia in qualche luogo la possibilità di superare la difficoltà trasformandola in opportunità e ripresa, che non vuol dire, specie in una condizione di malattia, guarire o liberarsi da essa. La ripresa di cui parliamo è quella che vede la persona *costruire la propria esistenza* nonostante il trovarsi in una fase di disordine esistenziale, facendo riferimento a quella tensione pedagogica che ci hanno proposto Giovanni Maria Bertin e Mariagrazia Contini⁵⁸

La storia dell'umanità è costellata da narrazioni di persone e di comunità che nonostante le condizioni di avversità anche gravi, sono riuscite a far fronte e a costruire le vie per superare le difficoltà. Apprendiamo così che l'uomo, la donna, il bambino, l'adolescente e l'anziano hanno la possibilità di essere e di divenire altro da ciò che invece sembrerebbe definito.

L'uomo per questo si definisce come *resiliente*.

Dal latino *resilire* - saltare indietro, rimbalzare il termine è stato coniato dalla fisica per designare la capacità di un metallo di riprendere la propria forma dopo aver preso un colpo non abbastanza forte da provocarne la rottura. La resilienza consiste nella proprietà

⁵⁷ M. Fabbri, *Sponde. Pedagogie dei luoghi che scompaiono o che conducono lontano*. Bologna, Clueb, 2004, pag. 86.

⁵⁸ G.M. Bertin M.Contini, *Costruire l'esistenza*, Roma, Armando Editore, 1984.

di un materiale, oltre che nella sua capacità, di resistere ad un urto improvviso senza spezzarsi.

Nell'ambito delle scienze umane, con particolare riferimento alla pedagogia e alla psicologia, il termine è stato utilizzato per indicare la capacità intrinseca dell'uomo di reagire agli eventi traumatici.

In relazione alla plasticità cerebrale, di cui abbiamo parlato in precedenza, nonché affettiva e sociale, l'uomo è strutturalmente e funzionalmente in grado di potersi costruire e ri-costruire attraverso il coordinamento di forze latenti che gli permettono di fronteggiare le crisi esistenziali.

La possibilità di *trasformare* un evento doloroso come una malattia inguaribile in un processo di apprendimento e occasione di crescita, è il presupposto della resilienza che elabora l'evento non soltanto in chiave psicodinamica, ma anche, soprattutto, educativa.

La resilienza e il suo processo, abbandona la logica della casualità lineare, riduttiva e fatalistica secondo cui «allo stadio x di malattia equivale n tempo di vita», per considerare, invece, l'accadimento in una logica articolata, sistemica e imprevedibile. In questo modo la persona non viene più ridotta ai suoi problemi, ma viene dichiarata e, soprattutto, riconosciuta nelle sue possibilità.

In tal caso non si vuole negare né l'evento patologico né la sofferenza che ne consegue, essi sono dati di fatto e fenomeni concreti e tangibili. Sarebbe un grave errore sottovalutarli.

La disabilità, la malattia e i vissuti che ne derivano vengono, invece, *integrati* alle risorse latenti della persona che possono essere attivate spontaneamente dalla stessa, oppure attraverso il sostegno e l'aiuto da parte di soggetti esterni, come nel caso dei familiari o dei professionisti.

Con il riconoscimento e la messa in dialogo delle risorse e dei limiti si cambia la prospettiva sulla vulnerabilità umana⁵⁹: la persona che subisce un trauma non è solo portatore di ferite – *vulnus* – ma anche di risorse che attendono solo di essere valorizzate e stimulate. Nella resilienza, le cicatrici rimangono, ma vengono integrate con le potenzialità che sono insite in ciascuna persona.

⁵⁹ Vulnerabile deriva dal latino *vulnus* che letteralmente significa: ferita o lesione. Vulnerabile è tutto ciò che è esposto alla possibilità di essere ferito, violato, leso, colpito, percosso, offeso, tagliato, danneggiato. In questo modo *vulnus* sembra rinviare tanto all'azione del ferire (la causa, il colpo inferto da chi ha il potere e la possibilità di off-endere), quanto allo stato del soggetto che subisce (l'effetto, la violazione del corpo, dell'anima, degli affetti, ecc.).

La qualità delle cure sanitarie, per quanto concerne soprattutto le gravi condizioni di malattia, diventa a questo punto fondamentale in relazione alla possibilità che ha, o che non ha di aiutare la persona ad entrare in contatto con le proprie risorse.

I soggetti così detti resilienti sono coloro che hanno incontrato nella loro vita una o più persone che accorgendosi delle loro risorse le hanno incoraggiate nell'espressione delle loro potenzialità. Sono coloro che hanno fatto parte di contesti e di relazioni che li hanno riconosciuti e promossi al di là del loro stato critico.

La capacità che ciascuno di noi ha di reagire nei confronti di eventi traumatici, è determinata da una serie di fattori che Elena Malaguti⁶⁰ riferendosi a diversi studi specifici, ha ricondotto nei seguenti punti:

- a) *natura dell'evento* in relazione alla tipologia, all'intensità e alla durata del fatto vulnerante;
- b) *contesto di vita* come la presenza o meno di una rete di sostegno individuale e collettivo, di una famiglia, di una comunità di appartenenza, ecc.
- c) *caratteristiche individuali* della persona e sua risposta di fronte all'evento;
- d) *competenze* attinenti alla consapevolezza e alle capacità di affrontare la situazione;
- e) *risorse* che dipendono dalla possibilità di vivere in un contesto accogliente con persone capaci di attivare le potenzialità latenti e comunque presenti;
- f) *stima e fiducia* nei confronti di sé e degli altri
- g) *progetto* che porta a identificare le mete o i compiti che stimolano ad andare avanti, nonostante la condizione vulnerante
- h) *storia dei successi e fallimenti* personali

Queste variabili raccolgono al loro interno sia i *fattori di rischio*, che si concentrano prevalentemente sulla gravità dell'evento, nell'appartenenza ad una famiglia così detta compromessa (con disturbi psichiatrici, separazioni traumatiche, violenze ecc.,) nella povertà economica e sociale, sia i *fattori di protezione* che modificano la reazione alla situazione che presenta dei rischi. Riferendosi allo studio di Garmezy e Masten, Malaguti dettaglia quelli che vengono riconosciuti tra i maggiori fattori di protezione, nello specifico: i *fattori individuali* (temperamento, giovane età, riflessioni e attitudini cognitive); i *fattori familiari* (armonia familiare, sostegno parentale, coesione e calore

⁶⁰ E. Malaguti, *Educarsi alla resilienza*, op.cit., pag. 83.

umano) e i *fattori di sostegno* (organizzazione dei servizi sociosanitari ed educativi; insegnanti ed educatori).

La possibilità di divenire o meno resilienti dipende, quindi, da una molteplicità di fattori che hanno a che fare con il patrimonio genetico, le circostanze all'interno delle quali la persona si trova, i messaggi che ha ricevuto, il livello di sicurezza e l'ambiente in cui si trova. Un processo complesso che fa sì che la risposta che ciascuno dà nei confronti di eventi traumatici e stressanti risente dei fattori di protezione e di rischio, che rappresentano i due volti della stessa medaglia.

Per comprendere come possa essere attivato un processo di resilienza, in sintesi, è necessario riconoscere che ogni persona possiede al suo interno le risorse necessarie per trasformare la sua situazione esistenziale in opportunità, nonostante il trauma, il deficit e la condizione difficile. In secondo luogo è necessario aver chiaro che occorrono degli aiuti specifici per rispondere alla propria tensione evolutiva e che essi possono essere dati da un contesto, un ambiente e da una o più persone che si fanno promotori di resilienza.

La resilienza implica un grosso cambiamento culturale che induce a rivisitare le teorie, i modelli e gli strumenti della cura sanitaria. Non significa abbandonare le competenze già acquisite, ma aprirsi a nuove prospettive che integrano e aggiungono nuove piste epistemologiche aperte e possibili a quelle già in essere. La resilienza e i suoi processi chiedono però di essere attentamente studiati e, quindi non banalizzati o trasformati in nuove parole logore.

La costruzione della resilienza non può essere riassunta con delle tecniche e con strumenti specifici. Occorrono invece posture mentali e relazionali che offrano alla persona la possibilità di recupero e l'opportunità di sviluppo. Per un operatore sanitario educare e promuovere la resilienza significa disponibilità di riconoscere i limiti e le capacità della persona di cui ha cura, al fine di integrarli.

È opportuno che il medico, come il fisioterapista o l'infermiere che lavorano nelle situazioni di fragilità della vita operino secondo una prospettiva di resilienza creando, prima di tutto, nelle proprie strutture cognitive, quella tensione a connettere gli eventi, per riannodare i fili tra il prima, il mentre e il dopo di una storia. Solo così l'atto educativo anche nelle condizioni di limite esistenziale potenzierà le risorse e favorirà lo sviluppo delle risorse latenti aiutando la persona a intraprendere nuove strade per scoprire l'inatteso che avanza.

Ha scritto Giovanni Cenacchi:

10 maggio

Sono un esploratore. Son un alpinista. La curiosità in me è sempre stata più forte della paura; ho sempre avuto più paura della noia che della paura. La malattia è mutamento, trasformazione. Devo stare dalla parte del piacere nel mutamento. Il piacere di sapere che tutto sta mutando e che tra un attimo godrò della sorpresa e tra un attimo saprò⁶¹.

In Cenacchi speranza e sconforto si intrecciano fino all'ultimo, in un'alternanza confusa e caotica tra momenti di disperazione, angoscia e rabbia e quelli di resistenza, attesa e di affetto in special modo per i suoi cari. Chi legge il suo diario può capire come il *tutto* venga integrato e riannodato grazie ad un processo di resilienza che, per dirla con Casula, *mette in ordine le perle delle esperienze di gioia e di dolore con un filo di correlazioni di significati che rende plausibile le interpretazioni positive e ristruttura le esperienze negative*⁶².

⁶¹ G Cenacchi, *Cammino tra le ombre*, Milano, Mondadori, 2008, pag. 78.

⁶² D. Short, C.C. Casula, *Speranza e resilienza*, Milano, Franco Angeli, 2004, pag. 16.

CAPITOLO 4

LA COMPETENZA PEDAGOGICA IN SANITA'

4.1. Uno sguardo sulla competenza professionale

Per poter incontrare la persona assistita nella complessità del suo essere, è necessario che il medico, come l'infermiere o il fisioterapista, ad esempio, mettano in atto un insieme coordinato e ponderato di atteggiamenti, di parole e, spesso anche di silenzi, che trovano materialità nelle scene della cura. Aiutare non significa avviare riflessioni speculative per le quali è necessario solo l'intenzionalità, è invece richiesta una capacità professionale che fa sì che l'aiuto non si risolva in pratiche improvvisate o dilettantistiche.

In linea con quanto fino qui descritto, sembra più che mai opportuno promuovere e sviluppare una coscienza professionale che vada a contrastare quella tendenza, talvolta dominante, che vincola gli interventi educativi ad uno status di genericità e subalternità. Non è inconsueto che nei tanti contesti sanitari, a fronte dei molteplici interventi ed espressioni della cura, l'educazione sia considerata dagli stessi operatori come una pratica di "serie B", nonostante venga sostenuta da politiche e campagne sanitarie che ne riconoscono non solo il pieno valore, ma ne promuovono un fattivo sviluppo per il bene del singolo e della collettività.

Il fatto che l'educazione sia annoverata come una *competenza professionale* propria di coloro che prestano una cura sanitaria, vuol dire che i saperi e le azioni educative debbano essere valorizzati e accompagnati da una riflessione pedagogica che prende le distanze da un «pensare e fare» educazione sostenuto su un principio di estemporaneità e/o di buon senso.

La *natura educativa* della cura sanitaria che emerge dai diversi profili professionali, ci porta ad indagare i requisiti epistemici, metodologici e le configurazioni relazionali che dovrebbero guidare i professionisti sanitari nei loro interventi. Con la definizione di tali ambiti sarà certamente più facile portare il discorso educativo da un esercizio acritico di trascrizione, consuetudine e spontaneità, - spesso radicate entro la personalità dell'operatore - ad uno di competenza professionale pedagogicamente fondato.

Tuttavia, prima di addentrarci nell'analisi della competenza educativa sanitaria letta, in particolar modo, nella sua operatività, è opportuno procedere ad una breve ricognizione per capire che cosa si intende con il termine competenza.

La parola competenza, infatti, resta piuttosto ambigua sia quando viene usata al plurale – intendendo le *competenze* come sinonimo di differenti capacità di azioni messe in atto dalla persona - sia quando ne parliamo al singolare - la *competenza* – in riferimento ad un elevato livello di astrazione. Le accezioni più comuni della competenza possono essere ricondotte da una parte ad una natura per certi versi giuridica, inerente la legittimità di un mandato - l'operatore sanitario ha la competenza per curare; dall'altro, invece, richiamano maggiormente la natura professionale. Qui si fa riferimento all'autorevolezza che deriva dalla padronanza di un saper condurre in maniera efficace una attività professionale.

Il concetto competenza per sua natura è dunque evocativo, il che vuol dire richiamare, rivelare e manifestare un ampio confine semantico che potrebbe presentarsi sfocato nei suoi tratti ed aree provocando, come conseguenza, un alto grado di adattamento del termine nell'uso quotidiano. La competenza corre il rischio di diventare, per dirla alla Mariagrazia Contini, una parola *logora* che viene disposta e ripresa nei tanti discorsi che assicura, per il solo fatto di essere pronunciata, un indubbio consenso sociale. Nessuno, infatti, avrebbe nulla da obiettare quando sente affermare dal proprio interlocutore che si stanno dirigendo tutti gli sforzi formativi, ad esempio, per promuovere la figura di un medico competente! Ma in casi come questo, viene da chiedersi se sia chiaro e, tanto più condiviso, il concetto di competenza a cui si sta alludendo, e, quindi, un medico competente quali caratteristiche deve avere? Cosa gli viene richiesto? Quali aspettative si hanno nei confronti della competenza di cura?

In ambito sanitario sempre più sentiamo parlare senza alcuna remora di *modelli di competenza*, di *core competences*, di *approcci alle competenze*, di *competenze trasversali*, di *competenze esplicite o tacite*, di *trasferibilità delle competenze* ecc... sia che ci troviamo nei contesti organizzativi, formativi e di lavoro.

Per il fatto di essere spesso richiamato nel linguaggio formale e corrente, il termine potrebbe, nel tempo, passare nella sua approssimazione e ovvietà, diventando così una parola svuotata del suo significato implicito. Per questo è opportuno conoscere i presupposti concettuali che sostengono il termine competenza, iniziando da una lettura sui

suoi tratti generali al fine di procedere, progressivamente, verso contesti sempre più specifici, come quello educativo che andremo ad analizzare.

Affrontare il fenomeno della competenza richiede in primo luogo lo sforzo di abbandonare l'idea di giungere ad una conoscenza definitiva e puntuale del concetto in sé, che vorrebbe prestarsi ad una applicazione *tout court* in tutti gli ambiti professionali. La competenza, invece, è un fenomeno complesso che assume definizioni diverse che cambiano in base al contesto e all'ottica disciplinare con cui viene compreso.

Dal latino *compètere* – *cum* e *petere*: “*chiedere e dirigersi a*”- il sostantivo competenza viene espresso sia come conoscenza ed esperienza (tizio ha una buona competenza in economia), sia come sinonimo di pertinenza e retribuzione (la richiesta non è di mia competenza, oppure, il professionista viene pagato per le sue competenze). L'accezione competenza evoca anche il verbo *competere* - che significa gareggiare, contendere, cioè far fronte ad una situazione di sfida. Talvolta, nel linguaggio comune, la parola competenza viene correlata anche al concetto del spettare e convenire, come nell'espressione *questa situazione compete a me*.

Nell'uso corrente parliamo di competenza per qualificare la capacità di una persona di orientarsi in determinate questioni, richiamando più o meno esplicitamente sia l'ambito di esperienza e maturità, sia quello di capacità professionale. In modo particolare, usiamo il termine competenza per manifestare il riconoscimento di uno stato di piena autorevolezza che deriva dal saper condurre, in ambito specifico, una determinata attività professionale. Un operatore competente, dunque, è colui che gode di stima, di credito e di fiducia che si impongono in quanto fondati sulle sue capacità, oltre che personalità, che si vengono a manifestare nel corso, o a seguito, dell'esercizio professionale.

Dall'uso con cui ci riferiamo al termine competenza si evince quanto sia arduo stabilirne precisamente la definizione. Essa, si ribadisce, presenta molte sfaccettature i cui significati variano in base al contesto, alla situazione e alla cultura in cui viene utilizzata. Non è dunque possibile essere esaustivi rispetto alle definizioni della competenza, seppur il suo utilizzo venga sviluppato prevalentemente negli ambiti del lavoro e della formazione professionale, e dunque i modelli che verranno di seguito presentati rappresentano una porzione degli studi e dei discorsi sulla competenza.

Negli anni 50-60 del secolo scorso, il termine competenza viene sviluppato prevalentemente negli ambiti della linguistica. In modo particolare fu Noam Chomsky a

parlare di competenza linguistica per esprimere come le rappresentazioni mentali si associano a forme e significati che vengono a trovarsi nella lingua. L'essere competenti in una lingua significa, appunto, saper generare frasi che siano riconosciute come tali dagli altri membri di quella lingua. La competenza nasce come una condizione innata per il fatto che idealmente un soggetto sarebbe stato in grado di realizzarla grazie al suo potenziale biologico. La competenza linguistica ha origine, secondo Chomsky, dalle risorse geneticamente determinate dalla mente/cervello e, in particolare, nella facoltà o organo del linguaggio.

Fuori dalla linguistica, legata ad una forma complessa di azioni e processi, la competenza inizialmente viene assegnata alla dimensione manifesta, visibile e misurabile propria di un lavoro o di una pratica professionale. Ad esempio, nella cura sanitaria, la competenza veniva misurata nella capacità che un infermiere aveva di mettere in atto l'insieme di quei gesti, tecniche e comportamenti che venivano acquisiti nel corso della formazione e dell'esperienza professionale. Allora, l'infermiere competente era colui che sapeva effettuare una corretta iniezione o raccogliere accuratamente i dati clinici di un paziente da trasferire al medico, ad esempio.

In senso più ampio, si fa risalire il concetto di competenza professionale agli anni Settanta del secolo scorso, quando negli Stati Uniti la sociologia e la psicologia delle organizzazioni muoveva le prime riflessioni in merito alle analisi e agli esiti dei rapporti di lavoro e, contemporaneamente, in ambito scolastico si iniziavano a definire gli obiettivi didattici nei programmi formativi, intesi come comportamenti finali osservabili che lo studente doveva raggiungere al termine di un percorso di studio. Da qui il concetto di competenza viene associato al comportamento che il singolo doveva saper esibire pubblicamente e che, in qualche modo, doveva esser reso misurabile.

Dati questi antecedenti, tutto ciò che aveva a che fare con la competenza professionale è stato legato al *saper fare* proprio di un determinato lavoro fino ad essere ridotta, in modo particolare, alla capacità di eseguire un'operazione o, tutt'al più, un insieme di operazioni che dovevano essere applicate secondo precise condizioni. L'idea di competenza che troviamo alle origini viene specificata nella sua dimensione *prasseologica* sulla base delle prestazioni che potevano essere oggetto di valutazione, riferendosi in maniera esplicita ai risultati di lavoro.

All'inizio degli anni Ottanta l'idea di competenza viene accompagnata da una prospettiva decisamente più ampia e complessa. Oltre a risultati, ai comportamenti e alle abilità misurabili e osservabili, si iniziano a considerare anche gli aspetti *soggettivi* di coloro che esercitano un lavoro o una professione.

Il dibattito multidisciplinare avviato in quegli anni porta a sostenere l'impossibilità di limitare il concetto di competenza alla sola situazione manifesta: vengono bandite quelle forme semplificanti che rimandavano all'equazione competenza come prestazione, per considerare qualche cosa in più. Il riferimento viene fatto espressamente alle *disposizioni personali dei singoli operatori* dato che accanto alle pratiche e alle attività si intravedeva un'area molto più complessa e articolata che chiedeva di essere compresa e indagata per poter meglio comprendere il concetto di competenza.

Nel panorama italiano, Michele Pellery nel 1983 contestualizza la competenza all'ambito lavorativo definendola come un *insieme integrato di conoscenze, abilità e atteggiamenti per esplicitare in maniera valida ed efficace un compito lavorativo*¹. Questa definizione non tiene più conto dei soli comportamenti finali osservabili e misurabili, bensì considera anche le disposizioni personali – conoscenze, atteggiamenti e abilità - che diventano la condizione essenziale della sua esplicitazione. Tale prospettiva deve il suo sviluppo al contributo delle scienze dell'educazione che a partire dagli anni Ottanta si sono occupate del fenomeno competenza tramite ricerche e studi ad orientamento cognitivista, socioculturale e pedagogico, condotti sia in ambito scolastico che in quello dell'educazione degli adulti.

All'interno di un ulteriore lavoro che parte da un excursus storico sull'evoluzione della competenza professionale, Pellerey² analizza i contributi dei principali autori che ne hanno studiato il fenomeno e, seppur in maniera sintetica, fa riferimento allo studio di Gian Piero Quaglino, oggi professore ordinario di Psicologia della formazione, che negli anni Novanta definiva la competenza come la qualità professionale di un individuo in termini di conoscenze, capacità, abilità e doti professionali e personali. Quaglino ha raffigurato il suo modello di competenza attraverso un triangolo, dove nei rispettivi vertici vengono collocati gli aspetti caratterizzanti e costitutivi della competenza, quali:

¹ Cfr. M. Pellerey, "Evoluzione e sviluppo degli approcci "per competenze" nella formazione professionale" in *La competenza*, A.M. Ajello (a cura di), Bologna, il Mulino, 2002

² Op. cit.

- a) le *conoscenze* che comprendono il campo dei saperi generali e di quelle tecnico-specialistiche e organizzative richiesti per l'esercizio di una professione;
- b) le *capacità*, intese come le abilità professionali connesse allo svolgimento dell'attività di lavoro e all'utilizzo del bagaglio di conoscenze. Si parla di capacità logico/strategiche, interpersonali e gestionali o gestuali;
- c) le *qualità o doti personali* del singolo operatore che risultano indispensabili nell'implementare le capacità.

Con questo modello la competenza, che in precedenza abbiamo visto esser legata al saper fare, si apre alla dimensione del *saper agire professionale* sottolineando, in modo particolare, la dimensione personale, interna e soggettiva del singolo professionista.

In questo modo il focus si sposta *dal lavoro al* soggetto che possiede e utilizza un sistema di competenze caratterizzate da conoscenze e capacità, ma anche da qualità personali espresse dai valori, dalle immagini di sé e dalle motivazioni che orientano le azioni e gli atteggiamenti.

L'attenzione alla dimensione soggettiva della competenza ha portato ad approfondire i processi motivazionali, decisionali e di autoregolamentazione connessi con l'agire umano in generale e con quello lavorativo in particolare. L'intenzione ad agire e di impegnare le proprie energie nella direzione di una risposta competente, dipendono quindi da una molteplicità di fattori che, stando all'analisi di Pellerey, vengono a trovarsi all'interno della relazione tra il sistema di Sé e la percezione della situazione specifica lavorativa o del compito professionale da affrontare³.

La motivazione ad agire dipenderebbe quindi da una componente che lo stesso Pellerey definisce *interpretativa* che porta ad attribuire sensi e significati alla situazione o al problema da cui discenderà la decisione sull'azione da proporre.

La scelta di mettere in campo o meno un comportamento dipenderà da una pluralità di fattori che possiamo sintetizzare nei seguenti punti:

- il sistema di Sé - ovvero come si percepisce il soggetto, quali sono le sue conoscenze, valori e convinzioni;
- la percezione della situazione specifica o del compito da affrontare sia nella sua caratteristica oggettiva, sia in quella soggettiva, risultante dall'azione interpretativa;

³ M. Pellerey, op. cit. pag. 65-66.

- la capacità di riconoscere quali strumenti si hanno a disposizione e quali risorse pratiche (capacità operative, strumenti, schemi d'azione) si possono utilizzare per poter raggiungere un obiettivo.

Poiché il riconoscimento di una competenza si lega sempre ad un concreto agire umano, la capacità di mettere in campo - o meno, un comportamento competente dipenderà quindi da come il singolo operatore interpreterà la situazione, soprattutto dal punto di vista operativo. Se la capacità interpretativa e operativa è un fatto singolare, dato che ognuno di noi traduce individualmente e in modo originale una data situazione, lo stesso sarà anche per quanto riguarda l'espressione della competenza.

Di conseguenza, nel caso ipotetico che due medici trovandosi di fronte allo stesso assistito e problematica assistenziale, pur con identico campo di conoscenza e abilità tecniche-operative, (ammettendo che ciò fosse possibile), verrebbero comunque espresse competenze dissimili che vanno al di là dell'esito della cura, se non altro per la postura relazionale (quali le parole e/o silenzi espressi nei confronti della persona), che risente dell'interpretazione che il singolo medico attribuisce alla stessa situazione oltre, naturalmente, alle differenti caratteristiche individuali dei due medici.

La dimensione soggettiva della competenza porta ad attribuire valore alla funzione che assumono i tratti di personalità, la storia personale, ma anche gli stati interni al soggetto che vengono attivati in una particolare situazione, così come lo stato motivazionale, le reazioni emozionali, l'umore, i processi percettivi, di attenzione, di memoria e via dicendo.

Sul piano operativo tale dimensione implica un'istanza autovalutativa connessa al modo con cui l'individuo osserva e giudica la sua esperienza di apprendimento e la sua capacità di rispondere ai compiti richiesti dal contesto di realtà in cui agisce.

Le domande intorno a cui si struttura la dimensione soggettiva possono essere così formulate: Come mi vedo e mi sento in rapporto alla competenza che mi viene richiesta? Ritengo di essere adeguato e in grado di affrontare i compiti proposti? Riesco a impiegare al meglio le mie risorse interne e quelle esterne. La risposta a queste domande contribuiscono a definire le reti interpretative su di sé e sulla situazione da cui ne consegue l'espressione e il livello della competenza.

Accanto alla dimensione soggettiva viene a trovarsi quella *intersoggettiva* che richiama, in modo particolare, il sistema di attese, implicito o esplicito, che il contesto sociale

esprime in rapporto alla capacità del professionista di rispondere adeguatamente al compito richiesto. La dimensione intersoggettiva, in modo particolare, ha a che vedere con l'istanza sociale connessa al modo in cui i soggetti appartenenti alla comunità sociale, entro cui avviene la manifestazione della competenza, percepiscono e giudicano il comportamento messo in atto dal professionista.

La dimensione intersoggettiva della competenza solitamente viene compresa rispondendo ai quesiti, del tipo: Quali aspettative sociali vi sono in rapporto alla competenza richiesta? In che misura tali aspettative vengono soddisfatte dalle prestazioni e dai comportamenti messi in atto? Le percezioni dei diversi soggetti sono congruenti tra loro?

Dati questi elementi la competenza può essere intesa come la capacità di rispondere a esigenze individuali e sociali svolgendo efficacemente una attività o un compito professionale. Essa è una caratteristica intrinseca che si radica nel patrimonio individuale del singolo professionista, legandosi ad una performance e/o un risultato misurabile, dato che si esprime con abilità (dette anche skills) comportamenti e atteggiamenti che si situano in un dato specifico contesto. Lo sviluppo della competenza comporta dimensioni cognitive, abilità, attitudini, motivazioni, valori, emozioni e dipende in grande misura dall'esistenza di un ambiente e da situazioni che ne favoriscono lo sviluppo.

Abbiamo detto che la rappresentazione teorica della competenza si compone di vari elenchi e modelli, e volendo dare continuità al discorso fin qui fatto, li possiamo vedere espresse nelle tre dimensioni che seguono.

La prima, quella *oggettiva*, richiama le evidenze osservabili che attestano la prestazione del soggetto e i suoi risultati, in rapporto al compito affidato e, in particolare, alle conoscenze e alle abilità che la manifestazione della competenza richiede. Nel contesto sanitario questa dimensione è ben espressa, ad esempio, nella corretta diagnosi di un fisiatra che viene formulata dopo aver analizzato la problematica e la storia clinica della persona, ma anche nella capacità di una ostetrica di riconoscere una complicanza del parto, oppure nella capacità messa in campo dal medico odontoiatra di eseguire correttamente un impianto dentale. Nella dimensione oggettiva, la competenza ha a che fare con il buon esito dell'intervento di cura.

La seconda, quella *soggettiva*, si colloca in riferimento al senso assegnato al compito operativo su cui manifestare la propria competenza, compresa la percezione della propria adeguatezza nell'affrontarlo. Si richiamano una molteplicità di situazioni e variabili,

che troviamo a livello soggettivo dei singoli operatori sanitari, quali ad esempio: la stima o meno del proprio ruolo professionale di dietista, rispetto, ad esempio, a quella del dietologo; il riuscire ad essere in contatto con la propria storia personale, con le proprie emozioni e con i valori che guidano l'assistenza di un infermiere nei confronti di un assistito detenuto; sentirsi o meno in grado di affrontare per la prima volta un turno di guardia in pronto soccorso per il medico neo specializzato, ecc... Nella dimensione soggettiva si comprende quanto sia determinante come il professionista si percepisca all'interno del ruolo che svolge e quale sistema decisionale riesce a mettere concretamente in atto, basandosi in modo particolare sulla propria esperienza professionale. Si legga in questo caso il lavoro di Patricia Benner, una teorica dell'assistenza infermieristica che considera la competenza come un processo continuo che viene legato all'acquisizione di abilità che si sviluppano quando un'infermiera inizia a vedere le sue azioni in termini di obiettivi e progetti a lungo termine.

I cinque livelli della competenza clinica riconosciuti dalla Benner - *novizio, principiante avanzato, competente, abile, esperto*⁴ - mettono in luce come la manifestazione della competenza professionale sia proporzionale all'esperienza acquisita dal singolo professionista. Si parte dal novizio, ovvero da colui che non ha esperienza, il cui comportamento è limitato alla situazione in atto necessitando di guida, per arrivare all'esperto, considerato come colui che ha un grande bagaglio di esperienza, ed è in grado di comprendere le situazioni con immediatezza, attraverso conoscenze tacite e profonde. L'esperto infatti è colui che è in grado di cogliere il quadro completo e articolato della situazione e dei problemi e agisce per affrontarli in modo appropriato utilizzando anche l'intuito, è in grado di sviluppare un'analisi dettagliata anche su questioni per lui nuove, tendendo ad esaminare anche gli aspetti morali ed etici della cura. Queste peculiarità concorrono a definire l'altro livello della sua competenza professionale.

La terza, quella *intersoggettiva* si lega alle aspettative e al contesto sociale in cui si esprime la competenza del professionista. Hanno un ruolo determinante non solo le attese legate al singolo ruolo (svolgere la professione medica, rispetto a quella di educatore o di infermiere, ad esempio) ma anche le speranze che i curati hanno nei confronti del rinomato medico a cui ricorrono, magari, tramite visita privata.

⁴ M. Pellerey, op. cit. pag. 65-66.

Solo la ricomposizione di queste tre dimensioni può restituire una visione completa e complessa della competenza per riconoscerla come *“capacità di far fronte ad un compito, o un insieme di compiti, riuscendo a mettere in moto ed a orchestrare le proprie risorse interne, cognitive, affettive e volitive, e a utilizzare quelle esterne disponibili in modo coerente e fecondo”* come l’ha definita Pellerey⁵

Nell’ambito di questa analisi la competenza può essere letta come la capacità di agire efficacemente in una situazione data, capacità che si fonda certamente su alcune conoscenze, ma non si riduce ad esse. La competenza degli operatori sanitari presuppone l’esistenza di risorse da mobilitare senza confondersi con esse, essa infatti è un concetto articolato e complesso che perde di significato se viene ridotto soltanto ad alcuni suoi aspetti.

La Federazione Nazionale dei Collegi degli Infermieri e Assistenti Sanitari e Vigilatrici di Infanzia (collegi Ipasvi) a tal proposito ha assunto come concetto di competenza quello proposto da Le Bofert:

*“la competenza non risiede nelle risorse da mobilitare (conoscenze, capacità cognitive, abilità...) ma nella loro mobilitazione. La competenza rientra nel concetto di saper mobilitare. Perché ci sia competenza è necessaria la messa in campo di un repertorio di risorse. Questo bagaglio è la condizione di competenza. La competenza è un saper agire”*⁶

Senza un bagaglio strutturato di conoscenze non vi può essere competenza. Il sapere è certamente necessario, ma non è esaustivo. Le conoscenze devono saper essere mobilitate in abilità e comportamenti che vengono richiesti dal ruolo, diventando a loro volta prestazioni, atti, posture e, anche parole. Le conoscenze e la loro espressione tangibile vengono a loro volta mobilitate da legami causali del singolo e del contesto che abbiamo visto essere la motivazione e la visione di sé, oltre che dalle risorse disponibili, che portano a scegliere il singolo professionista ad assumere alcuni comportamenti che andranno a caratterizzare il proprio modo di *saper agire*.

Possiamo terminare affermando che la competenza richiesta nello svolgere una professione rappresenta certamente un criterio indispensabili da rispettare. Esse valgono per tutti e non vi può essere alcuna forma di dispensa nell’applicarle. Ma la competenza è

⁵ P. Benner, *L’eccellenza nella pratica clinica dell’infermiere. L’apprendimento basato sull’esperienza*, Milano, McGraw Hill, 2003

⁶ Cfr T. Gandini, *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità. Una proposta metodologica per definire le competenze dell’infermiere con funzioni di coordinamento*, Milano, Franco Angeli, 2005, pag. 40.

anche interpretazione di tali regole, che è propria di ciascuno. Vale a dire che ogni singolo operatore potrà agire la competenza personalizzandola nel rispetto e nella valorizzazione di colui a cui viene rivolto l'intervento professionale.

Saper essere competenti non significa solo eseguire la prescrizione, ma cercare di andare anche oltre per tentare di agire e reagire di fronte all'inedito, all'imprevisto e al complesso che nella cura sanitaria abbiamo visto, essere una condizione ineluttabile.

4.2. La competenza pedagogica

Abbiamo accennato come oltre al campo dell'organizzazione e delle professioni il tema della competenza sia stato approfondito, in modo particolare, nel mondo dell'istruzione e della didattica. Siamo alla fine degli anni 60 e inizio anni 70 del secolo scorso, quando la pressione sociale muoveva le istanze per un'istruzione che non fosse centrata sulla sola acquisizione di conoscenze mnemoniche, a favore di una scuola attenta e aperta ai reali bisogni e problemi degli alunni. Citiamo come esempio il famoso intervento di don Lorenzo Milani che nel '67 con la sua *Lettera a una professoressa*⁷, denuncia come e perché la scuola tradizionale, arroccata su una didattica fondata sulla erogazione di contenuti e la trasmissione della conoscenza, non sarebbe mai stata in grado di dare risposte adeguate ad una domanda di istruzione che si faceva sempre più massiccia e mirata.

Proprio in quegli anni il contributo della ricerca pedagogica metteva in evidenza quanto non sarebbero state le conoscenze acquisite, quanto il loro uso concreto e corretto nel quotidiano, ad avere una reale pregnanza per la vita e lo sviluppo dell'alunno. L'attenzione viene così spostata sulle abilità e sul saper fare – e non più solo

⁷ *Lettera a una professoressa* è un libro pubblicato nel 1967 che ha avuto una grandissima importanza nella storia della scuola italiana in quanto ne ha messo sotto accusa, con molta severità, le contraddizioni del tempo. L'opera ha avuto una grande influenza sugli studenti e sugli insegnanti che a partire dal 1968 hanno criticato la scuola.

Il progetto di scrivere "Lettera a una professoressa" nasce quando due ragazzi che avevano studiato alla scuola di Barbiana vengono bocciati agli esami per il diploma per diventare maestri. Sotto la guida di don Lorenzo Milani, i ragazzi di Barbiana – dal nome del paese toscano in cui fecero l'esperienza, sperimentarono un modo diverso di fare scuola. Le critiche che vennero mosse alla scuola tradizionale che troviamo nel libro le possiamo sintetizzare nei seguenti punti: a) la scuola è di classe e tende a emarginare i poveri; b) i programmi sono troppo nozionistici e dunque sterili e vecchi; c) la scuola è slegata dalla vita reale; d) ciò che veniva insegnato a scuola non sarebbe stato utile ad essere cittadini consapevoli; e) l'uso del voto. Le proteste riguardavano così sia il funzionamento della scuola dal punto di vista sociale, sia il modo con cui si faceva scuola, sia il senso del fare scuola.

Cfr. L. Milani, *Lettera a una professoressa*, Firenze, Libreria Editrice Fiorentina, 1996

esclusivamente sul sapere – ricercando nuove strategie di insegnamento che iniziavano a far riferimento alla programmazione educativa e didattica. Era fondamentale che lo studente raggiungesse degli obiettivi operativi, per i quali le conoscenze erano senz'altro fondamentali, ma non solo nei loro repertori contenutistici. Si inizia in questo modo a parlare di competenza.

Nella scuola la richiesta e lo sviluppo di competenze non venne rivolta ai soli studenti; anche gli insegnanti, dato il nuovo paradigma educativo, dovevano sviluppare nuove competenze, visto che non avrebbero potuto presentarsi più come meri trasmettitori di contenuti.

Se fino agli anni Sessanta l'insegnante esauriva le proprie competenze nello spessore della sua formazione culturale in riferimento all'ambito disciplinare di cui era titolare (storia, nonché matematica o latino, ad esempio) con l'avvento della cultura della competenza, il modo di fare scuola inizia a cambiare. L'atto dell'insegnare non poteva più essere ricondotto alla spiegazione in classe, alla capacità di "tenere la disciplina" e alla correttezza nella valutazione (intesa come verifica dell'avvenuta trasmissione del sapere), ma doveva essere diretto, in un senso più ampio, al *saper essere* dello studente.

Da qui l'insegnamento non avrebbe riguardato la sola elaborazione dei programmi didattici, ma viene considerato un processo che vede una perfetta integrazione e sinergia fra istruzione ed educazione. Si predispongono, almeno idealmente, progetti didattico-educativi che chiedono di essere adeguati alle sollecitazioni degli studenti per rispondere in tempi reali ai loro bisogni. In questo caso non sono più i contenuti disciplinari ad andare verso gli studenti, ma è l'insegnante stesso a porsi in questa ottica, permettendo agli studenti di diventare attori attivi del loro apprendimento.

All'insegnante viene chiesto di acquisire i contenuti di una pedagogia molto più ricca e una didattica scolastica certamente più articolata e rinnovata, sviluppando un concetto certamente più ampio e complesso di competenza che possiamo racchiudere nella definizione di *competenza pedagogica*.

Lo sviluppo delle competenze pedagogiche si lega alla costruzione di conoscenze e abilità significative, stabili e fruibili, per promuovere i processi e le interazioni educative in tutti i campi in cui si realizzano. La competenza pedagogica si rivolge in modo particolare alle prospettive esplicitamente professionali a carico degli operatori dell'educazione, chiamati ad esprimere delle capacità pratiche e abilità che si collegano a specifici strumenti,

nonché a precise e puntuali procedure tecniche, senza le quali non sarebbe possibile costruire alcun evento educativo professionalmente fondato.

Eppure la possibilità di educare è insita in tutti noi anche senza richiamare una competenza specifica. Abbiamo già analizzato il fatto, nell'affrontare il tema dell'educabilità, che tutte le persone sono sensibili all'educazione non solo in quanto educandi, ma anche come educatori. In questo caso la funzione educativa si realizza in base alle conoscenze, esperienze, comportamenti, azioni che un soggetto mette in campo nei confronti di chi non ne è in possesso, per via di un dislivello culturale che rende il rapporto asimmetrico, come nel caso della madre verso il proprio figlio.

Nella maggioranza dei casi il processo educativo viene offerto senza ricorrere a precisi saperi scientifici, teorie e modelli sull'educazione e, tanto meno, facendo ricorso a strumenti o procedure tecniche squisitamente pedagogiche. Spesso l'educazione, come nelle relazioni genitori-figli, è sostenuta dai valori, storie e rappresentazioni sull'educazione che derivano dalle esperienze personali dei singoli genitori, così come dalle tradizioni e ideologie socio-culturali in cui si trovano. Il più delle volte sono interventi spontanei e naturali, sostenuti dall'intuito, dall'impegno, dal buon senso e dalla creatività.

Chi svolge una professionalità educativa come l'insegnante, l'educatore professionale, l'educatrice dei servizi dell'infanzia, non può fare riferimento esclusivamente a disposizioni personalistiche, come accade per un genitore, ma deve essere sostenuto da una particolare specificità che ne fonda il carattere professionalizzante.

Svolgere una professione educativa significa in primo luogo *saper agire educativamente* secondo orientamenti e principi che appartengono alle scienze dell'educazione e alla pedagogia. Saranno le capacità conoscitive unite agli orientamenti operativi messi in atto nel corso del proprio intervento a contraddistinguere un operatore pedagogico da chi, invece, si dedica all'educazione in maniera «naturale» e spontanea, come nel caso di un genitore.

La *competenza pedagogica*, pertanto, è qualcosa di specifico, che riguarda l'espressione compiuta di una marcata intenzionalità educativa, da parte di un professionista in grado di combinare le conoscenze teoriche, le attività operative e le capacità riflesse per progettare e realizzare un evento educativo che vuole essere personalizzato sulle caratteristiche e bisogni dell'educando.

Come è facile comprendere l'educazione non verrà lasciata al mero accadere, ma sarà accolta come una pratica intenzionata, e cioè progettata e organizzata nella flessibilità e creatività, sulla base delle tante e possibili sfaccettature che si vengono a incontrare. Progettare un intervento educativo, come vedremo più avanti, non vuol dire seguire pedissequamente un percorso certo, rigido e soprattutto già dato mosso da una razionalità assoluta; al contrario, significa intraprendere una costruzione situata che tiene conto anche dei tanti dubbi e delle incertezze che si incontrano nel tendere verso una meta educativa. Questa direzione di *non definitività* e per certi versi di una *razionalità debole* deve essere ben chiara per chi sceglie di intraprendere una professionalità educativa.

Poter sviluppare una competenza pedagogica richiede certamente il ricorso ai saperi generali e alle tecniche didattico-educative proprie delle scienze dell'educazione, ma non solo. Nel testo *Saperi e competenza* Franco Cambi legge la competenza pedagogica come un concetto articolato e complesso che perde significato se viene ridotto solo ad alcuni suoi aspetti, pur importanti.

Come nella sua accezione generale, anche per quella pedagogica senza un bagaglio strutturato di conoscenze non vi può essere competenza. I saperi si suddividono in due ambiti che Cambi definisce di *contenuto* e di *forma*. Mentre i primi sono legati al possesso delle conoscenze specifiche, i secondi appartengono maggiormente ad una *forma mentis* transdisciplinare, orientata in particolare modo al senso critico e alla connessione dei saperi. I saperi non possono rimanere inerti, essi devono essere applicati. Non vi può essere competenza pedagogica senza un *saper fare* che diventa specifico e si differenzierà in base ai vari ambiti culturali e contesti educativi in cui si declina. La terza dimensione fondamentale della competenza pedagogica si trova, riferendoci a Cambi, nello sviluppo delle *capacità riflessive e critiche* sui saperi. Il conoscere dell'operatore deve essere applicato alla conoscenza stessa, diventando così metacoscienza che permette di compiere una lettura trasversale dei diversi saperi.

Questi attributi nel loro insieme fanno sì l'atto che educativo non diventi un prodotto automatico, quanto, invece, un fatto oggetto di una riflessione di cui il professionista diventa cosciente.

Sviluppare la competenza pedagogica significa rendersi disponibili e capaci di analizzare le proprie azioni e le proprie condotte, rendendosi così aperti alla dinamicità, alla processualità e anche al cambiamento.

La competenza pedagogica diventa allora quella caratteristica *dirimente dell'operatore pedagogico*, come scriveva Piero Bertolini nel 1988, il che significa innanzitutto far riferimento a *quell'insieme di orientamenti operativi e di vere e proprie capacità conoscitive e pratiche che egli deve saper seguire o possedere nel momento in cui imposta il proprio lavoro e che lo distinguono da ogni altro operatore o professionista*⁸.

La competenza pedagogica rimanda e si compie nelle capacità pratiche e negli strumenti per poter realizzare un intervento educativo, ma è preceduta da un preciso *orizzonte di senso* all'interno del quale le abilità e le procedure tecniche acquistano un significato ed una valenza squisitamente pedagogica. In assenza di tale prospettiva si rischia di far cadere l'operativa educativa in una sorta di tecnicismo perlopiù settoriale. Senza comprendere *il come mai, verso quali mete, e quante sono le direzioni possibili*, che sorreggono l'intervento educativo, non sarà possibile sviluppare pienamente la competenza pedagogica. Allora, non sono tanto le tecniche quanto le prospettive di fondo a qualificare quello che vuole essere un intervento pedagogicamente fondato.

Un operatore pedagogico deve perciò trovare le direzioni per orientare la propria condotta che comporta l'andare alla ricerca delle teorie che sorreggono gli interventi educativi.

Per agire la competenza pedagogica è necessario in primo luogo possedere gli strumenti cognitivi, che derivano da una teoria soddisfacente – anche se provvisoria – sul mondo e sull'educazione.

Se è vero che non vi possa essere azione senza alcun pensiero, almeno in campo professionale, è necessario che chi vuole sviluppare una competenza pedagogica sia disposto ad entrare in relazione con la propria *epistemologia operativa* che consta nella disponibilità di mettere in dialogo il pensiero con la prassi, per ricercare delle interdipendenze.

Implica, per dirla con Donata Fabbri e Alberto Munari, di studiare i *processi che rendono possibile l'articolazione tra le strategie dell'azione e le strategie del sapere* senza privilegiare in alcun modo l'una o l'altra di queste due polarità⁹.

L'*epistemologia operativa* si pone in quello spazio e tempo preciso dell'articolazione tra azione e riflessione, che stimola il professionista a interrogare simultaneamente sia il

⁸ F. Cambi, *Saperi e competenze*, Bari, Laterza, 2004

⁹ D. Fabbri, A. Munari, «L'educazione come negotium ermeneutico», in *Direzioni di senso. Studi in onore di Piero Bertolini*, di M. Tarozzi (a cura di) Bologna, Laterza, 2004, pag. 380.

*gesto che sta diventando concetto, sia il concetto che sta ricordandosi di essere stato gesto*¹⁰.

Da questa prospettiva possiamo comprendere come la teoria non debba essere considerata esclusivamente come un sistema strutturato di concetti astratti e freddi, ma è un corpus sistematico in cui entrano in gioco anche «variabili calde» come i valori e le passioni che ispirano l'operare della persona. Sono quindi le teorie a dare senso all'agire.

Poter sviluppare la competenza pedagogica significa perciò andare alla ricerca dei propri *sensi* che accompagnano gli interventi educativi. Significa attribuire significati soggettivi ad ogni evento che ci implica direttamente o del quale si assiste come degli spettatori. La soggettività dell'operatore non può essere elusa per lo sviluppo di una competenza pedagogica, essa infatti è l'istanza creatrice che permette l'attribuzione di senso. E quando troviamo un senso, le nostre azioni diventano *sensate*.

Lo dice Piero Bertolini quando distingue tra *agire sensato* e *agire in-sensato* proposti come due modalità d'azione altrettanto possibili.¹¹

La realtà educativa se non entra in rapporto con la soggettività dell'educatore, rischia di rimanere una realtà esterna, incompiuta e priva di valore tale che la competenza venga prodotta come una meccanizzazione vuota, sterile, anche se paradossalmente ben agita. Presentandosi come riproduttiva, alienata e alienante la competenza abbandona il suo specifico pedagogico.

Lo sviluppo della competenza pedagogica passa inesorabilmente attraverso un nuovo concetto di razionalità, di cui vedremo in seguito grazie alla prospettiva del problematicismo pedagogico, che porta l'educatore a scartare il modello cartesiano che misurava la realtà per manipolarla, secondo una falsa oggettività, a favore di una razionalità aperta e critica che nasce nello stare nel mondo, per viverlo, abitarlo e gustarlo. Una razionalità che va alla ricerca della *sapienza*, ma non di quella dogmatica e giudicante, ma di quella che esprime il gusto delle cose visto che la parola «sapienza» ha la stessa radice etimologica di «sapore» (dal latino *sapere*, con il doppio significato di «aver sapore» ed «essere savio»).

¹⁰ ibidem

¹¹ P. Bertolini, *Pedagogia fenomenologica. Genesi, sviluppo, orizzonti*, Firenze, La Nuova Italia, 2001, pag.95.

La conoscenza acquista valore nella misura in cui la realtà non rimane un orizzonte estraneo, ma viene ricoperta di sensi possibili capaci di reinventare continuamente il nostro vivere.

La competenza pedagogica diventa tale nella misura in cui diviene capace di produrre sensi sia per l'educatore che per l'educando, senza dover essere racchiusa in trasmissioni passive di contenuti già dati, secondo modelli stabiliti aprioristicamente.

Oltre alle riflessioni concettuali che trovano il loro sviluppo sui contorni dell'epistemologia operativa propria di ciascun operatore, la competenza pedagogica poiché giocata direttamente sul campo, fa riferimento ad un insieme di tecniche che precisano le capacità pratiche dell'educazione.

Elencare e descrivere le tecniche e gli strumenti operativi dell'educazione non è un'impresa facile, data la loro vastità e la loro costitutiva tendenza alla trasformazione. Procediamo facendo riferimento al lavoro di Maurizio Fabbri che tratta espressamente la competenza pedagogica, richiamando e approfondendo il lavoro che Piero Bertolini aveva tracciato nel 1988¹².

Le tecniche educative sono soggette a trasformazioni e aggiornamenti, tali per cui i raggruppamenti qui di seguito sintetizzati non sono da prendere né come fissi né, tantomeno, esaustivi.

Appartengono e definiscono la competenza pedagogica le seguenti macro categorie:

- a) *tecniche della comunicazione* affinché l'educatore sia in grado di dialogare con l'educando, sapendo prima ancora che parlare è necessario saper ascoltare;
- b) *tecniche dell'animazione* per stimolare e coinvolgere l'educando nella scoperta e nella utilizzazione di orizzonti esistenziali nuovi;
- c) *tecniche di conduzione di gruppo*;
- d) *tecniche di identificazione personale* in riferimento alla possibilità di favorire e gestire processi transferiali tra educando e operatore e viceversa indicando e valorizzando l'atmosfera emotiva come un veicolo che connota lo sviluppo della relazione pedagogica;
- e) *tecniche di tipo manageriale* per sviluppare la funzione direttiva per coordinare e amministrare le varie attività educative. Ci si riferisce in particolar modo alle tecniche dell'organizzazione, della programmazione e della gestione.

¹²M. Fabbri, *La competenza pedagogica*, Bologna, Clueb, 1996.

Un ultimo ambito in cui si sviluppa la competenza pedagogica generata da una logica a spirale tra le due precedenti, vale a dire tra la parte teoretica e quella metodologico-prassica, è quello della *ricerca educativa*. Non significa che tutti gli operatori pedagogici debbano saper fare anche una ricerca sul campo, ma significa invece predisporre una *mente ricercante* che prende le distanze dalle conoscenze generali e assiomatiche.

I dati che pervengono da una buona ricerca scientifica sulla pratica educativa non possono essere tradotti in regole per l'azione, essi forniscono indicazioni di valore ipotetico, che aiutano a interpretare i casi specifici dato che *nessuna conclusione di una ricerca scientifica si può convertire immediatamente in una norma dell'arte dell'educazione*, scrive Luigina Mortari citando John Dewey.¹³

Per l'operatore significa *essere costantemente in ricerca* per comprendere la realtà educativa che si presenta quotidianamente davanti ai suoi occhi, sapendo che è impossibile arrivare a una piena comprensione dei fenomeni educativi.

Cercheremo di comprendere come le tre dimensioni che costituiscono le principali direzioni della competenza pedagogia – assunto teoretico, impianto metodologico e sviluppi di ricerca - possono trovare una loro declinazione nella realtà sanitaria in senso generale e, nello specifico, come possono essere tradotte nella competenza professionale che viene chiesta di sviluppare agli operatori, tenendo conto della natura educativa delle cure sanitarie.

4.3. Il problematicismo come filosofia dell'educazione che orienta allo sviluppo della competenza pedagogica

Volgere lo sguardo ad una rinnovata epistemologia a sostegno di una "ri-formazione" delle cure sanitarie per lo sviluppo di una competenza professionale sanitaria aperta agli assunti pedagogici, richiede la disponibilità di aderire a concettualità, metodi e strategie formative che fondano i presupposti su *pratiche ermeneutiche* orientate a rintracciare i molteplici dettagli e le infinite piste che definiscono il complesso panorama sanitario.

Nello specifico il medico come l'infermiere, ad esempio, tralasciando l'approccio disgiuntivo, sono chiamati a procedere da un punto di vista cognitivo-razionale ricercando i molteplici sensi di quanto accade fuori e dentro di loro (in termini di esperienza e di vissuti), tentando così di decifrare sempre più i complessi fenomeni sanitari.

¹³L. Mortari, *Cultura della ricerca e pedagogia*, Roma, Carocci, 2007, pag. II.

Percorrere la direzione della *via dei sensi* comporta in primo luogo l'apertura a nuovi interrogativi che provengono dal riconoscimento delle tante incertezze che si incontrano nel transitare i terreni della cura. Una prospettiva pedagogica e al tempo stesso problematicista che incoraggia a dilatare lo sguardo per nutrirsi di nuove ottiche e punti di vista su confini aperti e mai definiti, rappresenta una sfida per la formazione sanitaria.

Si deve a Giovanni Maria Bertin la ricerca di una visione problematicista¹⁴ per la pedagogia italiana, avviata negli anni cinquanta del secolo scorso per stimolare e destare le coscienze sulla relatività dell'esistenza, ed in particolare dell'esperienza educativa.

Dall'insegnamento di Antonio Banfi, ma anche dalla contaminazione dei motivi esistenzialisti e marxisti, il pensiero di Bertin si orienta nella direzione di un *rigore critico e riflessivo* a sostegno di una ricerca pedagogica che contrastasse gli ideologismi, le metafisiche e gli scientismi che nel tempo si erano succeduti ed insediati negli impianti epistemici disciplinari e culturali.

La ricerca legata ad una prospettiva metodologica di tipo *trascendentale fenomenologica* è stata sollecitata per transitare percorsi nuovi, aperti e, dunque, non ancora esplorati. Alla pedagogia e concretamente all'educazione, Bertin chiede di percorrere strade audaci che conducano a prefigurare orizzonti sui luoghi del *non ancora* ricalcando per certi versi le tracce che Nietzsche delineò per la ricerca di modelli rinnovati di umanità.

Rendere pensabile e dicibile l'*utopico* (ma non l'*utopistico*¹⁵) anticipando sul piano del possibile qualcosa che potrebbe accadere - o non accadere, significa proiettarsi al di là dell'attuale, verso un mondo non ancora determinato e quindi ancora tutto da scoprire, da progettare e sperimentare.

La pedagogia di Giovanni Maria Bertin diventa così una pedagogia dell'*impegno* e del *possibile* dove vengono valorizzate in egual misura sia le dimensioni individuali, sia quelle collettive e al tempo stesso politiche, per sostenere una progettazione ancorata al tempo presente, ma protesa al futuro.

Più precisamente la pedagogia di Bertin è sostenuta dal principio della *progettazione esistenziale* che viene ricondotta ad elemento teleologico dell'educare. Compito dell'educatore, scrive Bertin, è *rendere il soggetto capace di una responsabile*

¹⁴ Vengono definite problematicistiche quelle posizioni filosofiche, pragmatiche, storiche esistenzialistiche che rifiutano assolutezze di tipo metafisico e pretese dogmatiche, come d'altra parte atteggiamenti scetticistici e propri del nichilismo.

¹⁵ Per Bertin l'*utopistico* è invece fuga dalla realtà, evasione consolatoria e dunque impossibilità.

*progettazione dell'esistenza, dandogli coscienza degli aspetti positivi o negativi inerenti ad un suo svolgersi sul piano rispettivamente dell'autenticità o dell'inautenticità*¹⁶.

All'interno del problematicismo pedagogico l'educazione diventa, quindi, quella pratica che consegna a ciascun soggetto (bambino, adolescente e adulto), la capacità di elaborare, filtrare, raccordare le aspirazioni, i valori e gli obiettivi di azione del quotidiano vissuto in rapporto al futuro. Per Bertin, infatti, la progettazione non è in funzione solo dell'attuale (ovvero dell'esistente) ma in *funzione del possibile* (cioè dell'esistenziale)¹⁷. In questo caso l'educazione diventa quel dispositivo finalizzato a *creare possibilità* e dunque opportunità, cambiamenti e differenze. L'educazione come forma di *emancipazione* ha tra i suoi intenti, il portare ciascun soggetto a calpestare i territori della libertà autentica e, al tempo stesso, incessante.

Partendo dall'esperienza in cui è storicamente inserito, l'educazione sollecita il soggetto ad entrare nel cuore della scelta poiché, come afferma Maurizio Fabbri, *la vita stessa è decisione che si rinnova in funzione di orizzonti possibili, che proprio perché sono tali possono smentire o rimettere in discussione le nostre scelte precedenti*¹⁸.

Attraverso la scelta il soggetto può sperimentare spazi di *autodeterminazione di sé* necessari a contrastare la passività del conformismo e la delega incondizionata che talvolta imperano all'interno dei territori educativi. La *scelta* o piuttosto il *sistema di scelte*, diventa uno degli elementi caratterizzanti e decisivi della progettazione esistenziale nell'ottica del problematicismo pedagogico.

Il pensiero di Giovanni Maria Bertin sviluppato dai suoi allievi¹⁹ riconduce oggi all'idea di una filosofia dell'educazione sostenuta da una precisa intenzionalità *critico-progettuale*. Ciò significa che per evitare esercizi di autoreferenzialità lo sguardo disciplinare di tale prospettiva non può volgersi ad alcuna prassi senza averla prioritariamente interrogata e, tanto meno, senza aver analizzato e decostruito i propri paradigmi di lettura della realtà e del mondo. I dispositivi teoretici che costituiscono il punto di vista del problematicismo

¹⁶ G.M. Bertin, M. Contini, *Costruire l'esistenza. Il riscatto della ragione educativa*, Roma, Armando editore, 1983, pag.92

¹⁷ Op.cit. pag. 91.

¹⁸ M. Fabbri, *Nel cuore della scelta. Kierkegaard, l'etica senza fondamenti e l'angoscia della formazione*, Milano, Unicopli, 2005, pag. 24.

¹⁹ Nello specifico si riportano gli attuali esponenti del problematicismo pedagogico italiano, allievi di Bertin che ne qualificano la scuola bolognese: Mariagrazia Contini, Franco Frabboni, Antonio Genovese, Luigi Guerra, Milena Mannini Emi Beseghi, Maurizio Fabbri, Tiziana Pironi.

pedagogico devono essere così accolti e compresi da coloro che intendono riferirsi a tale approccio, per poterne riconoscere le categorie costituenti.

La prima categoria che troviamo nel problematicismo pedagogico richiama il concetto generale di *esperienza* letta, in prima istanza, come rapporto di integrazione fra due polarità “io e mondo”. L’esperienza prende il via e si dipana all’interno delle infinite possibilità che si presentano nello spazio che separa tra loro le polarità che fondano e determinano l’esperienza stessa. Semplificando a modo di esempio, se le polarità fossero ricondotte ai termini bianco e nero, l’esperienza che ciascuno ne ricava deriverebbe dal transito - e/o dalla sosta, in una delle infinite sfumature che si ritrovano nel *continuum* di una linea immaginaria che lega i due termini estremi. E così, all’interno dello stesso evento, l’esperienza vissuta potrebbe essere non soltanto bianca o nera, ma anche grigia, verde o gialla, oppure bianca e nera in funzione della loro reciproca contaminazione e mescolanza. Pertanto, poiché la gamma delle molteplici possibilità che si possono sviluppare nella relazione tra due polarità è infinita, è doveroso rifiutare ogni pretesa di concezione dogmatica sulle esperienze.

La prima figura della teoria di Bertin punta proprio sull’assunto di *problematicità dell’esperienza* che riconosce l’assenza di significati univoci a ciascuna esperienza. L’esperienza, infatti, è innanzitutto una *plurivalenza di significati* che si caratterizza nel suo momento più radicale come *ambivalenza di valori*. In genere, essi si manifestano nella complessità, nelle ambiguità e instabilità (talora incongruenza e contraddizione), delle forme concrete in cui “io e mondo” interferiscono reciprocamente secondo intenzionalità differenti²⁰.

Individuare la presenza di polarità tra loro antinomiche nelle realtà educative, (ma anche sanitarie, come vedremo in seguito), significa poter accogliere in prima istanza alcune coppie di ideali e/o di valori (come autonomia/dipendenza o salute/malattia) che mettono in evidenza la contemporanea presenza di aspetti tra loro contrastanti, letti come espressione di una intrinseca e più ampia complessità dell’esperienza stessa.

Da un punto di vista educativo la *problematicità* sollecita il soggetto a superare il proprio egocentrismo cognitivo, per riconoscere e legittimare l’esperienza e i punti di vista altrui. Nello specifico, la possibilità data di poter nominare le antinomie presenti all’interno di una esperienza vissuta, leva la maschera al potenziale estremismo della polarità (come

²⁰ M. Bertin. *Educare alla ragione. Lezioni di pedagogia generale*. Roma, Armando, 1968, pag. 22.

“quello è solo buono” o “quello è solo cattivo”) che rischierebbero di essere assunte in modo dogmatico e totalizzante.

Accogliere ciascun termine di un'antinomia, visualizzando le forme più radicali ed estreme dell'esperienza considerata (rimanendo sull'esempio dell'essere “buono e cattivo”), rappresenta il punto di partenza per avviare un percorso teso a illuminare – per comprendere e analizzare – le sfumature intermedie che si muovono tra i due termini antinomici “buono/cattivo”.

Per questo l'esperienza, scrive Bertin, è un *gioco dinamico di transazioni sempre rinnovato e mai concluso che talvolta porta alla reciproca compenetrazione di elementi soggettivi e oggettivi, talvolta alla lacerazione della compenetrazione stessa nell'esplosione della potenziale reciproca opposizione, come ci mostrano a sazietà i conflitti della vita personale, della vita collettiva e della vita culturale*²¹.

Se l'esperienza si riflette nella sussistenza dei suoi tratti aperti, problematici e contraddittori, lo sguardo su di essa dovrà essere diretto verso una sintesi dinamica che a seconda delle circostanze e delle particolari situazioni, accentui l'uno o l'altro termine senza escludere il suo contrario.

Dato che le antinomie sono irriducibili, benché tra loro correlabili, alla pedagogia spetta il compito di far comprendere come ogni situazione si componga di *elementi plurali* che potranno essere compresi ed esperiti nel momento in cui si cercherà di raggiungere *obiettivi trascendentali* che vanno ben oltre la ricerca di ciò che si manifesta.

L'esigenza del superamento del problematico e di tutto ciò che ne consegue, conduce inesorabilmente all'uso della *ragione*. Per Bertin, infatti, la *direzione razionale* rappresenta l'istanza secondo cui si risolvono le forme unilaterali e indeterminate in vista della plurilateralità e della congruenza dell'esperienza stessa. Il ricorso alla ragione viene fatto per tendere alla più ampia e profonda integrazione di ogni aspetto dell'esperienza con sé stessi e con gli altri.

La ragione problematicista non rimanda ad alcun principio metafisico o costruito astratto-ideologico, quanto, invece, ad una forma di realizzazione del soggetto stesso che riconosciuta la problematicità può tendere al suo superamento, in direzione della massima integrazione possibile delle antinomie presenti. La ragione per Bertin è infatti un'istanza regolativa di arricchimento e di dilatazione delle possibilità che implica un percorso

²¹ ibidem

mirato a connettere i tasselli dell'esperienza vissuta, anche quelli che appaiono più distanti, conflittuali e antinomici. La ragione è dunque creativa e progettuale, (definita proteiforme) e si pone in termini di mescolanza fra intelligenza e affettività, immaginazione e impegno etico. Muoversi in direzione di ragione non è però un fenomeno semplice, ma è un travaglio incessante, spiega Bertin, in cui i condizionamenti di vario genere gravano e inceppano un cammino destinato a non pervenire ad una conclusione definitiva, ma sempre connotato e sostenuto da una tensione critica. Significa, come scrive Mariagrazia Contini, fare i conti con opacità, zone d'ombra e conflitti che trovano sede nei territori dell'affettività, dell'intersoggettività²² e dunque nella storia di ciascuno, oltre che in quella delle culture disciplinari e non. La ragione bertiniana in tal modo non è orientata principalmente a trovare soluzioni, quanto invece a promuovere l'apertura sempre maggiore a consapevolezze critiche e a continui movimenti di tensione verso un'*ermeneutica dell'esperienza*.

Dal problematicismo pedagogico emerge un profilo di ragione tutt'altro che intellettualistica e rigida, delineato da contorni precari e incerti. Una ragione, quindi, che nel "guardare in faccia la problematicità" viene esposta al rischio e, per questo, diventa libera da coordinate che ne determinano il percorso o da paradigmi totalitari che ne impediscono spazi di ricerca.

Date queste brevi premesse e ritornando alle considerazioni poste in apertura, la riflessione che ne deriva riguarda la possibilità, l'opportunità - o forse la necessità, di trasferire questa prospettiva pedagogica per lo sviluppo della competenza sanitaria.

Se problematizzare significa rivolgere uno sguardo interrogante agli eventi, alle cose e alle persone senza dare nulla per scontato, poiché mossi dalla convinzione che ci possa essere sempre qualcosa di inedito oltre a ciò che appare.

Assume una funzione determinata, da questo punto di vista, la formazione universitaria che fin dalle prime lezioni, dovrebbe allora cercare di mettere in dialogo gli studenti con alcune delle categorie sviluppate da questo orientamento pedagogico.

La prospettiva problematicista infatti, potrebbe fungere da stimolo che interpella i futuri operatori (senza escludere anche chi lo è già) a comprendere non soltanto le pluralità, le contraddizioni e le latitudini che connotano la praxis sanitaria, ma anche a ricercare

²² M. Contini, *Elogio dello scarto e della resistenza*, Bologna, Clueb, 2009, pag. 32.

quello che Patrizia de Mennato chiama il *valore immateriale della cura*²³, che spesso si nasconde tra le pieghe delle parole e dei silenzi, delle emozioni, degli sguardi e dei corpi di coloro che abitano i contesti sanitari.

Solo tentando di allargare il vertice osservativo è possibile far emergere le *complessità* e le *imprevedibilità* di ciò che si presentifica quotidianamente nei molteplici contesti di cura, come per esempio nelle situazioni straordinarie che accadono all'interno di un reparto di Terapia Intensiva o nella presunta routine in un ambulatorio medico.

Trascendere la realtà sanitaria per vedere *ciò che non appare* è un punto di arrivo del problematicismo pedagogico che valicando i tradizionali confini dell'educativo (famiglia, scuola, società), approda nei territori educativi e formativi specifici della cura della salute e della malattia.

L'orizzonte teorico del problematicismo pedagogico di Giovanni Maria Bertin trova poi profonda affinità, per contenuti e schema ermeneutico, sia con le teorie della complessità presentate da G. Bateson, M. Ceruti, C. Bocchi e da E. Morin, sia con quelle più specifiche in campo biologico, delle neuroscienze e della psiconeuroimmunologia, di cui abbiamo già trattato precedentemente.

4.4. Il problematicismo pedagogico come dispositivo teoretico-metodologico.

La *scelta*, la *progettazione esistenziale*, l'*autodeterminazione di sé*, il *possibile*, la *plurivalenza di significati*, il *procedere verso obiettivi trascendentali tra opacità, inceppi e trappole* per la *ricerca di qualcosa di inedito*.... sono solo alcuni dei tanti assunti che il problematicismo pedagogico include all'interno della propria prospettiva epistemica facendoli divenire, al tempo stesso, anche indicazioni metodologiche per cercare di comprendere ed agire le istanze educative. Il problematicismo pedagogico, oltre ad essere una ricognizione teoretica degli orizzonti dell'educazione si traduce anche in modello e metodo pedagogico per strutturare e ordinare la pratica educativa.

Un modello pedagogico, spiega Giovanni Maria Bertin, è *uno schema concettuale secondo cui possono essere connessi e ordinati i vari aspetti della vita educativa in rapporto ad un principio teleologico che ne assicuri coerenza e organicità*.²⁴ Un

²³ P.de Mennato, C. Orefice, S. Branchini, *Educarsi alla «cura». Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*, Lecce, Pensa Multimedia, 2011, pag. 7.

²⁴ M. Bertin. *Educare alla ragione. Lezioni di pedagogia generale*, op.cit., pag. 68.

modello, infatti, si caratterizza intrinsecamente per gli ideali guida che fondano la sua rappresentazione epistemica (compresi gli assunti assiologici) che vengono declinati ad un piano prasseologico per poter descrivere e analizzare ciò che accade nella realtà e, secondariamente, per organizzare gli aspetti più operativi e pratici. Si può affermare, in questo caso, che il modello rappresenta propriamente la “realizzazione” di una teoria.

Per facilitare l’acquisizione dei contenuti proposti da un modello, devono essere messe in campo delle modalità operative che seguono un percorso - o itinerario sistematico - al fine di ottenere risultati affidabili e coerenti con il modello proposto: si tratta in questo caso di applicare un *metodo*. Quando riferito ai contesti educativi/formativi, il metodo non si limiterà alla sola espressione di modalità di agire, ma comprenderà anche *modi di essere* che si riferiscono ad un insieme di operazioni intellettualistiche, affettive e comportamentali espresse da coloro che cercano di aderirvi, come nel caso di un educatore o di un docente/formatore.

Trasportare il problematicismo pedagogico all’interno delle cornici sanitarie, sia nei contesti di cura, come in una corsia ospedaliera o in un ambulatorio medico, sia contesti formativi come nelle aule universitarie e nei tirocini clinici, significa accogliere i principi guida a cui esso tende:

- a) procedere in direzione di ragione;
- b) tensione epistemica dal trascendente all’utopico;
- c) sostenere una progettazione esistenziale - e, contemporaneamente, fare riferimento ad un procedimento metodologico che lo connota secondo tappe specifiche, sviluppando, nel contempo, una relazione educativa di cura orientata a promuovere nella persona assistita la costruzione del suo progetto di vita nella malattia.

Applicato alla formazione di un futuro medico, ma anche di un’ostetrica, di una dietista o di un infermiere, il problematicismo pedagogico focalizza l’attenzione sulla conquista di una *ragione integrante* orientata a regolare l’acquisizione e l’elaborazione dei saperi teorici e pratici, attraverso un procedere metodologico per antinomie. Una *ragione*, come ci ha spiegato Bertin, in grado di decostruire i paradigmi assoluti per decifrare i possibili e molteplici significati della realtà in cui lo studente si trova a vivere. Calcando ancora il territorio della formazione, il problematicismo pedagogico, alimentato da una tensione prospettica, getta le basi per formare una persona che sia *oggi studente - e domani professionista*, autonomo e coraggioso, disposto ad impegnarsi sul piano etico (e non

soltanto clinico), in forza di una intelligenza critica e di una moralità individuale. Tali elementi saranno necessari per contrastare il dilagante conformismo dei modi di pensare e di praticare la cura sanitaria, portando lo studente, fin dai primi momenti della sua formazione, a valorizzare ciò che è “inattuale” e “scarto”²⁵.

Prendendo le mosse da fatti concreti, l'istanza problematicista sollecita i suoi fruitori (operatori sanitari, formatori e studenti) a camminare tra le luci e le ombre degli eventi e delle esperienze che vivono, attraverso l'uso della ragione problematizzante che come già analizzato include anche le emozioni, la storicità, i desideri e i progetti del soggetto.

La metodologia del problematicismo pedagogico, applicata ai contesti della formazione in sanità, può essere tracciata attraverso un percorso che conduce formatore e studente a sostare nelle seguenti aree di riflessione:

1. individuare la problematicità
2. “stagnare” o abitare la problematicità
3. indicare vie di superamento
4. progettare possibilità

Sia all'interno di un'aula universitaria, oppure in un setting laboratoriale a piccoli gruppi, ma anche in un rapporto individualizzato tutor-studente nella camera di un reparto ospedaliero, è possibile problematizzare volgendo uno sguardo interrogante sia a quelle situazioni in cui si verifica uno stato di dubbio, di esitazione, di perplessità, sia a quelle sostenute da una presumibile sicurezza.

Procedere in senso critico e riflessivo nell'ottica problematicista porta ad individuare i molteplici reticoli di problematicità presenti nei contesti sanitari. Ciò sottintende la necessità e la disponibilità di allargare la propria prospettiva a grandangolo per accogliere e decifrare il complesso che si svela nel suo dipanarsi.

Con la fase dell'*abitare la problematicità* si entra in una dimensione più personale, coinvolgente, poiché chiama in causa aspetti meno “intellettivi” ed esterni dell'esperienza analizzata. La formulazione di domande semantiche, in questo caso, contribuisce a far emergere gli aspetti emozionali e i significati connessi ad essi attraverso quesiti diretti e aperti, del tipo: “Come pensi di vivere questa esperienza?” Cosa ti preoccupa? “Cosa potrebbe inceppare le tue azioni?”.

²⁵ Mariagrazia Contini ha ricondotto nelle sue riflessioni pedagogiche il concetto di scarto, riconoscendo a tutto ciò che è residuo e marginale nei confronti della cultura dominante, un aspetto di valore e cifra emblematica dell'educare (cfr. *Elogio*, pag. 14).

Stagnare la problematicità significa fare i conti in primo luogo con sé stessi, ovvero con le personali rappresentazioni e premonizioni, facendo emergere le proprie valutazioni, aspettative, disponibilità, sofferenze, simpatie e antipatie...

Rendersi conto delle proprie stereotipie, rigidità e dei blocchi, ma anche dei nodi irrisolti e degli analfabetismi emotivi, stimola a guardare dalla sponda del “come si conosce e si pensa” per approdare a quella del “cosa e come ci si sente”, in rapporto non soltanto alla complessità della problematicità analizzata, ma anche alla relazione con agli altri e con sé. Imparare a rapportarsi all'intreccio dei propri pensieri ed emozioni implica un esercizio di autoriflessività che conduce a ri-tessere la trama della propria storia in merito ai vissuti, alle emozioni, a certe relazioni incontrate, al gioco di ruoli e alle rappresentazioni presenti.

In questa sosta riflessiva, lo sguardo può diventare per analogia simile a quello del Giano Bifronte, laddove la ricchezza delle informazioni emergenti dal proprio interno può ampliare l'angolatura per svelare nuovi elementi sulla problematicità individuata (fase 1) e, contemporaneamente promuovere un percorso più florido per quanto concerne l'individuazione delle vie di superamento delle problematicità (fase 3)

Individuare vie di superamento della problematicità esprime il punto focale del problematicismo pedagogico: in questa fase, infatti, si va alla ricerca dei tratti di possibile superamento della problematicità, per poter “governare” l'esperienza. Senza cedere spazio ad alcun dogmatismo o scelte acritiche su ipotetiche soluzioni già tracciate, attraversando la via della ragione si cerca di tracciare molteplici orizzonti per superare la problematicità.

Lo studente deve essere considerato un costruttore di itinerari, poiché chiamato a immaginare spazi di movimento nuovi o mai tentati, diretti verso soluzioni plurali con scenari aperti che intrecciano le conoscenze possedute. Nel diventare protagonista assoluto del proprio processo di apprendimento lo studente corre però un rischio: fare i conti con tortuosità e trappole che possono non farlo pervenire a conclusioni definitive, sino a interrompere il cammino, facendogli fare esperienza del limite, dello scacco e del rischio.

Tracciate le diverse piste che chiedono di essere riferite a saperi competenti e al richiamo dei codici etici, si accede per continuità all'ultima sosta, quella della *progettazione della possibilità*. Vagliate le alternative a disposizione lo studente è chiamato a *scegliere* per

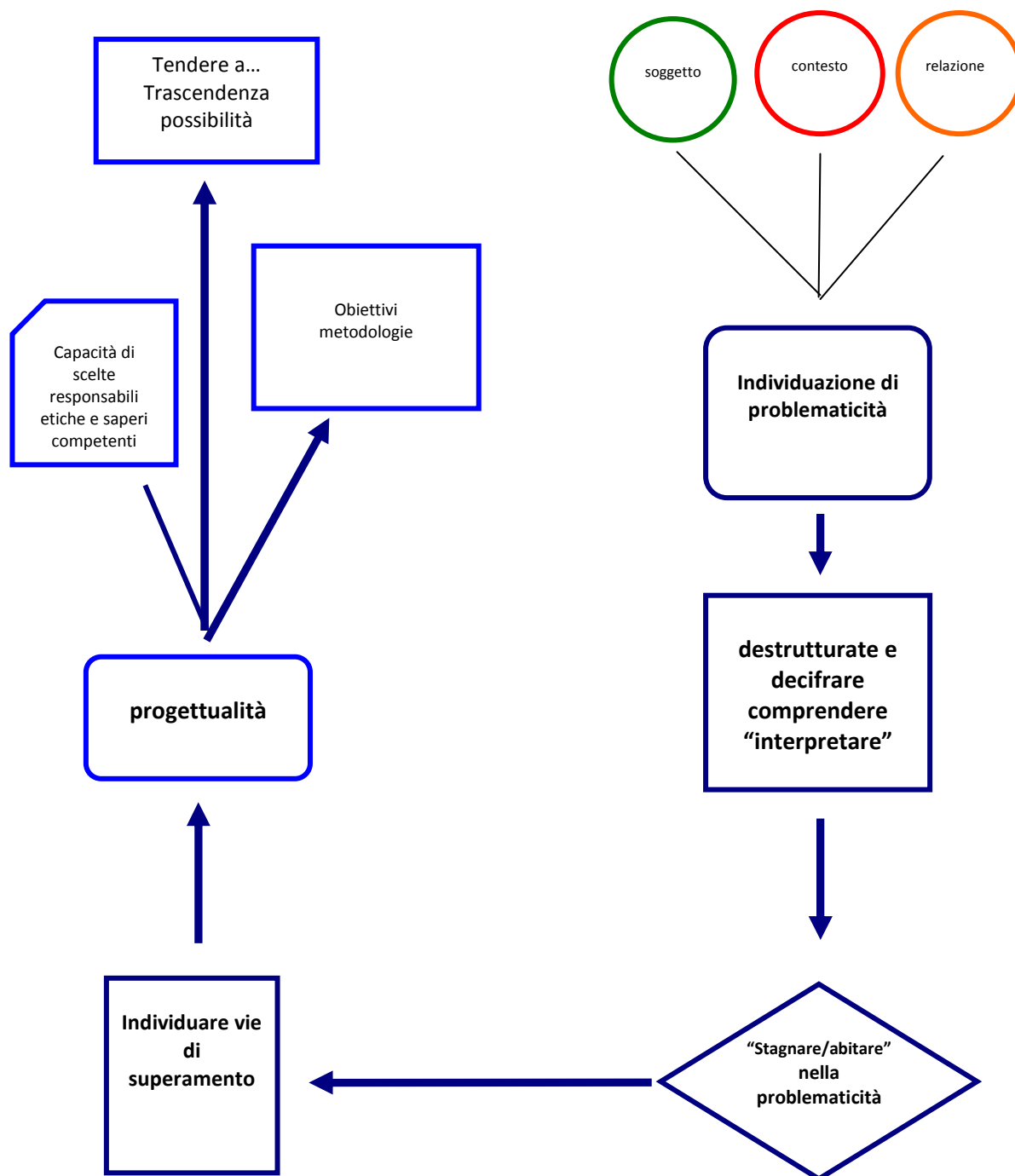
costruire un progetto teso all'arricchimento, all'espansione e alla dilatazione delle proprie possibilità e di quelle altrui. Definire obiettivi, ipotizzare strumenti e vie di raggiungimento, riferendosi a modelli strategici già osservati, ma personalizzati, diventa l'occasione per intraprendere la direzione che lo condurrà alla ricerca incessante degli orizzonti professionali del possibile.

In tutto il percorso lo studente non può essere lasciato a sé, tra i silenzi e le ombre della sua solitudine, necessita di una guida, di un compagno – che sappia divenire un *pedagogo*, talvolta nelle vesti di un insegnante, di un professionista, di compagno, ma anche di un ammalato, che sappia guidarlo con empatia e incoraggiamento verso i territori del possibile.

Percorrere un viaggio *insieme-con* consente di fare esperienza dell'obiettivo etico-razionale proposto da Giovanni Maria Bertin espresso dalla frase *realizza te stesso realizzando gli altri*.

Anche nei territori della formazione sanitaria, il problematicismo pedagogico non può affatto esprimersi in termini di individualismo o di opposizione agli altri, ma di intersoggettività, per procedere, seguendo il monito di Mariagrazia Contini, per *cerchi concentrici che si moltiplicano in spazi sempre vasti, includendo l'intera umanità*²⁶.

²⁶ M. Contini, *Elogio dello scarto e della resistenza*, op. cit. pag. 42.



4.5. Per lo sviluppo della competenze relazionali: la prospettiva intersoggettiva e la pedagogia fenomenologica

La pedagogia fenomenologica è una corrente della pedagogia che si ispira alla fenomenologia di Edmond Husserl. Il principio cardine di tale movimento pedagogico, il cui il massimo esponente è stato Piero Bertolini, è il recupero della soggettività all'interno degli ambiti educativi.

La soggettività non viene intesa come una istanza autonoma e assoluta, ma considerata in ogni intervento educativo sempre nella sua relazionalità e dunque sempre storicamente e materialmente determinata.

La pedagogica fenomenologica intende proporsi come un sapere capace di aderire completamente alla complessità dell'esperienza educativa, proponendo un discorso teorico e metodologico rigoroso pur presentandosi, secondo il suo fondatore, come *scienza debole*²⁷ in quanto riprende le istanze di ciascuna soggettività. La pedagogia fenomenologica si qualifica quindi come scienza *empirica* (in quanto parte dall'analisi dell'esperienza), *eidetica* (in quanto non si limita a registrare o descrivere l'esperienza educativa, ma va alla ricerca di costanti che la percorrono) e *pratica* (in quanto la sua giustificazione epistemologica fa riferimento alla sua costitutiva apertura al futuro e alla sua funzione trasformatrice).

La pedagogia fenomenologica non intende precisarsi in principi rigidi o leggi assolute e dogmatiche, come nel caso delle scienze naturali, ma punta ad individuare gli orientamenti o *direzioni di senso* che accompagnano l'esperienza educativa.

Piero Bertolini nel comprendere gli eventi educativi, costituiti da relazioni interpersonali, intersoggettive, ha riconosciuto le strutture portanti di tali eventi (così definite in quanto permangono nel tempo e nella storia) nella *sistemicità*, *relazione reciproca*, *possibilità*, *irreversibilità e socialità*.

La *sistemicità* corrisponde alla constatazione della *complessità* di qualsiasi esperienza educativa. L'educazione in qualunque ambito si compia deve considerarsi come un evento sistemico in cui entrano in gioco diverse variabili soggettive e individuali proprie di coloro che prendono parte alla relazione educativa. Anche le variabili culturali e sociali in relazione al *sapere* che si intende veicolare e quelle metodologiche e strumentali

²⁷ P. Bertolini, "L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata", Firenze, La Nuova Italia, 1988.

utilizzate in formazione concorrono a definire la complessità dell'intervento educativo. Quindi, qualsiasi azione pedagogica all'insegna di tale direzione, deve essere intesa come intervento *globale ed integrale* in quanto si realizza appunto come fenomeno organico e complesso, dove i fattori e gli elementi che la costituiscono sono tra loro in strettissima e irrinunciabile correlazione.

La *relazione reciproca* rappresenta la seconda direzione intenzionale dell'educazione proposta da Piero Bertolini. Poiché qualsiasi esperienza educativa si fonda sulla relazione interpersonale qualificandone il tipo di rapporto che si instaura tra i soggetti dell'evento educativo, la relazione viene chiamata in causa sia come fondamento della trasmissione dell'evento, sia come fondamento dello sviluppo e della crescita dei soggetti coinvolti.

Pur sviluppandosi in modo asimmetrico, la relazione educativa dovrà essere costruita come luogo di scambio, cooperazione e collaborazione tra educatore ed educando. Per tale motivo la dinamica educativa si caratterizza all'interno di un movimento di andata e ritorno, in cui l'educatore intende come punto di partenza le risposte e i punti di vista dell'educando per la costruzione del successivo suo intervento educativo. L'intervento educativo viene così ad acquistare un andamento a *spirale* cui contribuiranno direttamente sia l'educando che l'educatore. Solo in questo caso si potrà intendere l'intervento educativo come azione *reciproca* realizzata dall'intreccio relazionale dei protagonisti che si trovano vicendevolmente coinvolti.

La *possibilità* rappresenta la terza direzione intenzionale proposta dalla pedagogia fenomenologica. Bertolini sostiene che l'uomo in quanto tale si costituisce nel possibile, vale a dire nella relazione interpersonale che non è mai data e mai definita. Questo concetto trasportato nel paradigma educativo porta a considerare qualsiasi intervento pedagogico come l'occasione per concedere all'uomo di divenire *nuovo*, aprendosi al futuro e alla imprevedibilità. L'educazione si presenta come un processo rivolto al futuro, dunque a ciò che può o potrà essere realizzato. L'esperienza educativa in un simil discorso rigetta un fare ripetitivo e aprioristicamente determinato, connotandosi invece come *apertura al possibile* che tenta di far sperimentare all'educando, e con lui all'educatore, orizzonti nuovi non ancora esperiti.

Altra struttura portante dell'educazione è rappresentata dall'*irreversibilità* dell'intervento stesso. In altre parole significa intendere l'evento educativo all'interno di una precisa struttura temporale che si costituisce in eventi successivi che seguono una precisa

direzione verso il futuro. In tal senso l'irreversibilità considera l'intervento educativo come evento incancellabile nella storia dei soggetti che vi prendono parte. Bertolini ritiene che tale direzione intenzionale apra necessariamente al concetto di responsabilità, imponendo all'educatore una sempre vigile consapevolezza di ciò che fa.

La quinta ed ultima direzione intenzionale proposta dalla pedagogia fenomenologica è la *socialità*. L'uomo come essere sociale, per soddisfare i propri bisogni e per autodefinirsi, chiede di fare riferimento ad un gruppo sociale. L'educazione deve necessariamente considerare questo aspetto, per cui qualsiasi intervento non può considerare l'educando come entità individuale ragione per cui non è possibile che l'atto educativo venga risolto nell'angusto ambito del privato.

La possibilità di trasportare le direzioni intenzionali proposte dalla pedagogia fenomenologica nella formazione degli operatori della cura, avvia un processo riflessivo e coscientizzante focalizzato sul proprio divenire professionista, in riferimento, soprattutto, allo sviluppo delle competenze educative e relazionali. Un medico, un infermiere o un tecnico di radiologia, ad esempio, nel comprendere tali principi, sarà indotto a riflettere su quale operatore della cura divenire, prendendo come vertice osservativo, non tanto la dimensione tecnica, quanto la *postura relazionale* che si intende assumere nei confronti della persona che viene o verrà curata.

Le direzione intenzionale della *sistemicità* chiede all'operatore di considerare – ma anche di agire - la cura come evento globale, con la consapevolezza che non è possibile isolare alcuna situazione nei contesti sanitari. Questo sostiene che l'incontro di cura sarà inevitabilmente un *incontro totale* che chiama in causa tutte le dimensioni esistenziali proprie della persona curata e curante.

La *relazione reciproca* considera gli atti della cura nella prospettiva della reciprocità, per cui ogni interazione deve essere considerata come l'occasione che determina la costruzione di una storia comune tra i soggetti in cui entrambi sono chiamati a darsi.

La *possibilità* specifica che la cura in ambito sanitario debba essere considerata come un'esperienza aperta al possibile, al futuro che non vuole affatto ingabbiare la persona e la sua storia nel principio deterministico del "sarà così" o del "non c'è più nulla da fare", per sostenere, invece, il valore della possibilità di un *futuro che vuole essere ancora abitato*, indistintamente dalla situazione di salute della persona.

L'irreversibilità rimanda invece al concetto di responsabilità che deve essere espressa in ogni momento dell'assistenza. Colui che cura non dovrà atteggiarsi responsabilmente solo durante l'esecuzione delle manovre sanitarie, ma aprirsi all'altro, rispondendo di sé, in ogni circostanza della cura fatta anche di parole, silenzi, posture e pensieri.

La *socialità* infine rimanda al fatto che anche nel contesto sanitario la cura debba contemplare il carattere relazionale costitutivo di ciascun uomo, senza il quale non sarebbe possibile alcuna forma di cura.

4.6. Per una competenza al con-tatto con l'altro: la pedagogia del corpo

Una tra le competenze da sviluppare per sostenere la cura sanitaria riguarda la *competenza corporea* dell'operatore. Ma cosa significa tale competenza? Come si dovrebbe esprimere nel quotidiano sanitario e dunque, come farle prendere forma?

Numerosi sono oggi gli orientamenti pedagogici che cercano di ridare vita ad un corporeo vissuto all'interno degli scenari educativi, indicando strategie didattiche, spazi di riflessione e di progettualità. Per quanto riguarda i contesti della cura sanitaria e, nello specifico, l'ambito della formazione, alcuni ricercatori stanno muovendo timidamente i primi passi per comprendere le valenze connesse alla corporeità. Ciò richiede però di dover riconoscere, in prima istanza le polisemie del corporeo che vengono rappresentate nelle diverse scene sanitarie. A gioco di metafora, se ci si sforzasse di comprendere l'ospedale come un possibile palco di teatro, assisteremmo continuamente a rappresentazioni che nei diversi atti presentano il corpo nelle sue *aperture di senso*.

In un primo atto, dal possibile titolo *corpo osservato*, si manifesta un corpo umano comprensivo di tutte le sue *forme e leggi*. Sopra ad un letto di ospedale o steso su un tavolo autoptico, il corpo viene, in queste scene, rappresentato come una macchina che chiede di essere *osservata* nella sua struttura fisica e nelle sue dinamiche funzionali. Il corpo, privato dell'intelletto e delle emozioni, viene su queste scene manifestato come uno oggetto tra gli oggetti, separato da tutto ciò che non è corporeo e tangibile.

Già in precedenza si è parlato di come nelle aule universitarie il corpo oggettivato, parcellizzato, analizzato e svelato nella sua complessità sia stato trattato alla luce di paradigmi scientifici che lo hanno sottomesso alle leggi della natura. A ciò si potrebbe aggiungere anche la funzione che le tavole topografiche da Leonardo in avanti hanno

avuto sulle *cognizioni* del corpo. Gli innumerevoli *atlanti di anatomia umana* hanno sostenuto una conoscenza del corpo fondata esclusivamente sui dati di fatto osservati, guidando la ricerca della verità oggettiva sul *corpo-malato*, intenzionato solo come involucro anonimo, proprio perché espropriato della propria soggettività.

Rimanendo ancora al gioco della metafora teatrale, sul palco della cura sanitaria si viene ora a compiere un secondo atto dal titolo *il corpo ascoltato*, dove le scene rivelano il *corpo* nei suoi *significati* e nelle sue *storie*.

Il corpo, infatti, nella pratica sanitaria non viene solo osservato, ma anche *ascoltato*. *Assistiti e curanti* spesso si dirigono nei territori della narrazione corporea, per interrogare il corpo percepito come fenomeno storico pronto a svelare racconti inespressi.

Dopo essere stato *silenzioso nella salute*²⁸, il corpo trova all'interno della malattia le parole per manifestarsi e dirsi. Sovente nelle cure sanitarie il corpo si racconta esprimendosi, il più delle volte, attraverso il linguaggio della sofferenza che accompagna una malattia.

Rendendosi corpo osservato, visibile con segni e sintomi, il corpo diventa anche uno spazio di incontro, in cui curante e curato si trovano l'uno a raccontare e l'altro ad ascoltare episodi ed esperienza che hanno a che fare con la *tras-formazione* o la *de-formazione corporea*.

La malattia infatti potrebbe divenire la circostanza che porta alla *fluttuazione di un corpo* che da un'apparente salubrità passa ad uno stato dichiarato di corpo malato, vissuto e percepito come debole e limitato²⁹. E, in questa *metamorfosi* (per certi versi simile a quella kafkiana) la persona è tenuta ad imparare a vivere il suo-nuovo-corpo.

Ma quale atto l'operatore della cura deve sostenere sul palco dell'assistenza, quando gli si presenta di fronte un corpo vivente?

La prospettiva fenomenologica può offrire una possibile risposta, attraverso l'integrazione dei due atti che aprono il sipario ad un terzo, dal titolo *corpo vissuto*.

Husserl ha infatti concepito il corpo umano secondo le due accezioni semantiche, presenti nella lingua tedesca: da un lato il corpo come *Körper*, individuato e rappresentato dal corpo fisico, anatomico, comprensivo delle sue leggi (corporeità esteriore ed interiore

²⁸ L. Montagna, "Il significato del corpo nella salute e nell'esperienza di malattia", in il "Corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica", di L. Zannini (a cura di), Franco Angeli, Milano, 2004, pag. 32

²⁹ S. Benini, "Attimi di raggiungibilità: l'occasione di un incontro", in Voci del Corpo, prospettive pedagogiche e didattiche, L. Balduzzi (a cura di), Milano, La Nuova Italia, 2002

come ancella della biologia), dall'altro come corpo-*Leib*, in riferimento all'esperienza dalla coscienza che ciascuno fa del proprio corpo, inteso in questo senso come *corpo vissuto*.

Dati questi vertici interpretativi il corpo, in quanto esperienza vivente, dà testimonianza dell'essere-nel-mondo della persona e del legame che la unisce al mondo e agli altri.

Nella prospettiva fenomenologica infatti ogni soggetto percepisce se stesso come corporeità, in quanto il corpo è *la persona stessa*. La dimensione oggettiva del corpo (*Körper*) e quella soggettiva e percepita (*Lieb*) vengono riconosciuti nella sintesi fenomenologica.

La corporeità si pone come *dimensione imprescindibile*³⁰ del processo esistenziale di ciascun soggetto. È infatti il punto zero, il punto di partenza della storia di ciascuna persona, costituendosi effettivamente come centro da cui si osserva il mondo e lo si esperisce. È attraverso il corpo che l'uomo osserva e sperimenta il mondo, ma è anche con il corpo che si esprime (a sé e agli altri) nel mondo. Come organo del percepire, il corpo permette di toccare e di conoscere l'oggetto/gli oggetti che sono fuori da sé.

Questi concetti ricollocati nelle scene delle cure sanitarie vogliono sostenere l'assioma che il corpo è *luogo in cui si esprime l'esistenza*³¹ umana e la si comunica e, quindi, non può essere considerata solo massa da custodire o riparare. In tal senso la prospettiva fenomenologica sollecita la concezione scientifica del "riparare il corpo" per sostenere una manifestazione di cura che si *prenda cura del corpo*. È con il corpo, per mezzo del corpo e attraverso il corpo che curante e curato entrano in rapporto con ciò che è loro esterno, punto di partenza per avviare un percorso di costruzione di senso della realtà di cui entrambi sono parte.

Assumere il corpo come categoria del pensiero di cura significa delineare una pedagogia in grado di incarnarsi nell'esperienza sensibile, consapevole, come sostiene Paola Manuzzi, *delle radici corporee del sapere*³². Per tale motivo è necessario tracciare percorsi formativi che fanno del corpo vissuto lo snodo soggettivo, intersoggettivo, come si cercherà di indicare nel prossimo capitolo, poiché, continuando con le riflessioni di

³⁰ L. Balduzzi, A. Bortolotti, "Corpo", in "Per un lessico di pedagogia fenomenologica". P. Bertolini (a cura di), Trento, Erikson, 2006

³¹ V. Iori, "Dal corpo-cosa al corpo progetto", in "Voci del Corpo", op cit. pag. 7

³² M. Contini, M. Fabbri, P. Manuzzi, "Non di solo cervello. Educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti", Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006, pag. 65

Manuzzi, sempre più *i corpi urlano nel silenzio e dicono di sé attraverso sintomi, voci, gesti, divenuti dolenti*³³.

4.7. La pedagogia delle emozioni e degli affetti per sentire sé e l'altro nella comune esperienza della cura

Nel cercare di comprendere le forme e i discorsi della cura, nel terzo capitolo si è fatto riferimento alla ricerca di Grazia Colombo che riconduce alle aree *materiali, organizzative* ed *emotive* come le principali dimensioni della cura. L'affettività, dunque, è una struttura fondamentale delle pratiche di cura che deve essere recuperata a partire dai contesti formativi.

La dimensione emotiva si caratterizza come parte costitutiva del lavoro di cura specie in quei contesti, come quello sanitario, in cui le emozioni, i sentimenti e gli affetti sovrastano l'esistenza.

Per la corrente fenomenologico-esistenziale, che ha sorretto fino ad ora il tessuto concettuale di questo lavoro, la vita emotiva viene considerata struttura esistenziale della realtà di ciascuna persona, degna di essere accolta, agita e dunque vissuta.

La malattia, il dolore, la morte, la pre-occupazione, l'angoscia rientranti nei *molteplici* fenomeni sanitari, riaccendono o amplificano i sentimenti di coloro che ve ne prendono parte, facendo *sentire* loro l'impetuosità del proprio essere.

Spesso tale impeto è talmente forte, spropositato rispetto a quegli "indicatori" minimi concessi dal pubblico-sanitario, che viene pre-giudicato, allontanato, censurato anche se rimane l'unica espressione che dà la possibilità alla persona di sentirsi ancora viva e vivente.

Il problema dei vissuti emotivi, affettivi, e sentimentali è annoso, soprattutto nei contesti sanitari, anche se da alcuni anni si stanno muovendo correnti volte ad attribuire loro valenze di legittimità e anche di risorsa.

La possibilità di rifondare le cure a partire dalla potenza degli affetti, ritrovati, nominati e legittimati negli operatori, negli assistiti e nei loro familiari, deve essere messa in relazione ad una pedagogia che recuperi la *vita emotiva* nei contesti formativi delle cure sanitarie.

³³ *ibidem*

Una didattica per lo sviluppo dei sentimenti, intende favorire l'incontro con i propri e altrui sentimenti, riconoscendo e rispettando quegli degli uni e degli altri. L'opportunità di comunicare chiamando per nome le proprie emozioni, giungendo ad una loro *alfabetizzazione*³⁴ - svelandosi a sé e all'altro per farsi comuni, è una delle direzioni da intraprendere per sviluppare la competenza emotiva.

Contro una relazione di cura s-passionata, arida e povera di risvolti emotivi il più delle volte repressi, si posiziona una formazione che intende far comprendere, legittimare e orientare le dimensioni affettive recuperando il *valore* della sensibilità e dell'autenticità esistenziale. Una formazione che ha cura della vita emotiva di ciascun formando, che significa, secondo Vanna Iori, *coltivare la cura di sé, per attuare un'autentica cura degli altri sul piano esistenziale e professionale*³⁵. Una formazione che stimoli, dunque, all'ascolto dei sentimenti, per ri-diventare sensibili all'alterità che si incontra nella relazione di cura, anziché *rimanere nell'indifferenza di un gesto efficiente, ispirato alla mera prestazione*³⁶.

4.8. I presupposti per una educazione all'incontro e all'esercizio della pura attenzione all'altro

La pedagogia, scienza che ha come oggetto di studio l'educazione e l'uomo a cui è rivolta, si costituisce secondo tre dimensioni fondamentali in stretta e inscindibile relazione dinamica. Una dimensione *teorica* nella quale prendono rilevanza i discorsi generali di cui sopra (che cos'è l'educazione, quali fini, quali valori etc.); una dimensione *scientifica* in relazione alla conoscenza e alla determinazione della realtà concreta in cui si opera, ed una dimensione *tecnica* in riferimento ai metodi e agli strumenti per rendere "pratico" il discorso pedagogico.

La pedagogia applicata ai contesti sanitari, con particolare rilevanza all'ambito formativo, propone alcune riflessioni per sensibilizzare gli operatori nella direzione di una buona pratica di cura.

I contorni e i risvolti pragmatici di un percorso formativo progettato sui principi delle *Medical Humanities* offre le coordinate per manifestare potenzialmente pratiche di cura

³⁴ M. Contini, "Per una pedagogia delle emozioni", Firenze, La Nuova Italia, 1992

³⁵ V.Iori (a cura di), "Quando i sentimenti interrogano l'esistenza", Milano, Guerrini Studio, 2006, pag.15

³⁶ ibidem

*adeguatamente buone*³⁷ che trovano luogo nelle capacità dei curanti di essere disponibili a farsi traduttori della *pedagogia dell'incontro*.

Primo elemento fondamentale è la capacità/volontà di essere *ricettivi all'altro*, facendogli posto e spazio, per porlo al centro della relazione di cura. Attraverso una postura di accoglienza, di rispetto, di attenzione pedagogica, colui che cura riuscirà ad esplorare i bisogni, le risorse e le realtà del soggetto curato. La ricettività presuppone quell'atteggiamento essenziale che Carl Rogers definisce di *considerazione positiva incondizionata, conditio sine qua non* di ogni relazione di aiuto, che scaturisce dal sincero interesse per l'altro, attraverso il riconoscimento della sua umana natura che esula da quei tratti acquisiti quali il genere, lo status, la comunità di appartenenza e via dicendo.

La ricettività trova il suo completamento nella *responsività* che viene espressa nella capacità di rispondere, in maniera sollecita ed adeguata, agli appelli dell'altro.

Tali doti di cura richiedono un training formativo, specifico, serio e continuo, volto a promuovere quegli atteggiamenti *empatici e riflessivi* che sono alla base della capacità di ascolto e di fiducia per dare valore all'altro.

I paradigmi pedagogici applicati alla cura sanitaria formano ed educano l'operatore ad *incontrare l'altro* nei territori della cura, l'incontro, come più volte sostenuto, vuole essere diretto a tutte le dimensioni costitutive dell'uomo in una logica fenomenologico-esistenziale che si realizza attraverso l'atteggiamento antidogmatico, libero da quei pregiudizi e preconcetti che offuscano la mente e la pratica.

A conclusione di tale discorso si può fare riferimento al tentativo della pedagoga bolognese Laura Cavana di trasportare nella pratica educativa l'esercizio meditativo buddhista *della pura attenzione*. Tale pratica consiste “nella capacità di osservare le cose senza scegliere, senza paragonare, senza valutare, senza sovrapporre le proprie proiezioni e le proprie aspettative a ciò che sta accadendo”³⁸. In termini pedagogici significa orientarsi alla disposizione di accogliere gli eventi per come sono, coltivando un tipo di consapevolezza “non interferente, acquietando la mente col renderla più silenziosa”³⁹. Le implicazioni di tali insegnamenti si riscontrano in una pratica curativa che vede l'operatore esser-ci per l'altro depurando la relazione da ogni forma di condizionamento o di costrizione più o meno esplicita.

³⁷ L. Mortari, “La pratica dell'aver cura”, op. cit. pag 111

³⁸ L. Cavana, “Il Karma e l'epochè”, Clueb, Bologna, 2000, pag. 100

³⁹ ibidem

CAPITOLO 1

NEL CUORE DELL' ESPERIENZA: IMPRONTE e VOCI DA UNA INDAGINE ESPLORATIVA

1. Premessa

L'educazione in sanità è una cosa complessa. Lo abbiamo visto nella I parte del lavoro con la raccolta di una serie di riflessioni che volgono lo sguardo verso l'orizzonte vasto e articolato della cura educativa in sanità. Abbiamo compreso la forza di tale complessità mettendo in connessione i paradigmi delle scienze bio mediche con quelli delle scienze pedagogiche. È stato possibile tratteggiare un panorama sanitario multiforme e cangiante, caratterizzato dalla sua alta e intrinseca problematicità. Sono emerse figure eterogenee che non vogliono essere lette come impedimenti, ma "semplicemente" come espressione di una reale e fisiologica complessità.

Abbiamo avuto modo di definire come la problematicità non sia un fatto da annullare o da combattere, quanto, piuttosto, un fenomeno da cogliere e accogliere, da affrontare, sfidare e valorizzare nel momento in cui si presenta come *possibilità*. Grazie ad essa, infatti, possiamo avere una prospettiva molto più ampia sulla realtà sanitaria che ogni giorno si schiude davanti ai nostri occhi.

Problematicizzare diventa una categoria interpretativa che ci porta verso campi inediti di discussioni mai concluse, sulle quali è possibile aggiungere sempre qualche cosa di nuovo e di originale, di cui tutti possono avere parola.

Come tensione pedagogica, quella problematicista ci porta a contrastare la logica lineare o disgiuntiva che spesso pervade i contesti sanitari, facendoci rifiutare quell'accettazione passiva di fatti e nozioni-già-date che vengono registrati e trasferiti così per come si presentano dal di fuori.

Le riflessioni pedagogiche che abbiamo intrecciato ci spingono invece ad andare dentro,

sollecitandoci a domandare il *perché*, il *come mai*, ma anche il *come si compongono* e il *come si decifrano* i fenomeni che incontriamo quotidianamente nella pratica sanitaria.

Questa è la via che ci consente di costruire la conoscenza che viene sostenuta e mediata in primo luogo dalla *curiosità* oltre che dalla necessità. Il nutrito desiderio di renderci conto di qualcosa o qualcuno ci spinge ad *andare oltre*, per sondare e scoprire ciò che ancora è mistero e sconosciuto, perché non ancora esplorato. Si tratta, in questo caso, di farci guidare dalla motivazione che ci porta a muoverci verso ciò che non è noto, in parte o totalmente, per aumentare non solo quantitativamente, ma anche nella sostanza, l'entità dei nostri saperi. Con la curiosità il mondo nella sua molteplicità e dinamicità diventa via via un po' più accessibile.

La *curiosità* è dunque all'origine di un itinerario euristico, scrive Ira Vannini nell'aprire una sua riflessione sulla ricerca empirico-sperimentale in Pedagogia¹. Come parte del metodo scientifico e dell'epistemologia, l'euristica – dal greco εὐρίσκω «scopro» o «trovo» - si occupa di favorire l'accesso a nuove scoperte empiriche e a nuovi sviluppi teorici. In ambito filosofico e scientifico, si parla di procedimento euristico per indicare quel metodo di approccio e di soluzione ai problemi finalizzati a generare nuova conoscenza.

In continuità con il lavoro fin ora tracciato, per acquisire maggiori elementi sulla cura educativa sanitaria, dopo averla guardata e compresa *dal di fuori*, abbiamo deciso di indagarla stando *dentro*, ovvero coinvolgendo direttamente alcuni operatori sanitari. L'itinerario euristico che abbiamo tracciato nasce dal desiderio di attraversare i percorsi di chi vive l'educazione quotidianamente nel proprio lavoro, dando loro la parola per far emergere le esperienze, i vissuti, le rappresentazioni, le emozioni, le potenzialità, le criticità e le proposte su tale ambito.

Si tratta di un percorso che vuole integrare la teoria con la prassi per dar vita ad un movimento circolare capace di consegnare un assetto epistemologico alla lettura pedagogica che si è progressivamente andata a delineare, riducendo così il rischio che potesse essere letta da alcuni come estemporanea e approssimativa, oppure come ideologica e astratta.

¹ I. Vannini, *Ricerca empirico-sperimentale in Pedagogia. Alcuni appunti su riflessione teorica e sistematicità metodologica*, in RPD, Vo.4, n.1 2009.

Per questo le descrizioni, le rilevazioni e le proposte concrete emerse dalla voce degli operatori coinvolti nel corso della ricerca, sono state inserite nel ragionamento delineato nella prima parte del presente lavoro, per giungere ad una interpretazione valida e credibile dell'esperienza educativa sanitaria.

La ricerca che ha preso il nome *l'«educativo» in sanità*, nasce con l'intento di pervenire ad un *sapere prassico* che trova il suo senso nel riuscire a fornire indicazioni per comprendere la realtà concreta e situata, senza pretendere che i dati possano essere tradotti in regole per l'azione o in ricette generali di pedagogia sanitaria.

L'indagine per come è stata disegnata si qualifica come una *ricerca esplorativa* orientata alla *conoscenza* dell'agire educativo. La ricerca esplorativa, scrive Lucia Lumbelli, si propone di definire i contorni di un concetto attraverso la rilevazione di elementi concreti che lo descrivono in modo particolareggiato, ma non si tratta di una *ricerca fatta per vedere* priva di qualsiasi riferimento teorico e quindi estranea a qualsiasi procedimento deduttivo². Essa, continua la Lumbelli, fa da ponte tra il problema educativo sul quale la ricerca deve dare informazioni e la qualità delle ipotesi e delle variabili ricava da una determinata teoria.

Nello specifico, *l'«educativo» in sanità* è una ricerca che collega le circostanze educative sanitarie, a partire dalla loro materialità, con le riflessioni teoriche, politiche, nonché etiche e deontologiche che ne fanno da sfondo, alcune delle quali affrontate nella prima parte del presente lavoro.

Qualificandosi come una *ricerca esplorativa*, l'indagine rinuncia in partenza ai grandi affreschi scientifici e alla affannosa produzione di dati oggettivi che solitamente riproducono una rappresentazione isomorfa della realtà. Essa si qualifica invece per il suo progetto *idiografico* teso a esplorare e conoscere la realtà attraverso parole rivelatrici, metafore, concetti capaci di evocare e descrivere le situazione dalla viva voce dei suoi protagonisti. La sua vocazione è prettamente *ermeneutica*³ finalizzata a comprendere

²L. Lumbelli, "Qualità e quantità nella ricerca empirica in pedagogia", in: *Manuale critico della sperimentazione e della ricerca educativa*. E. Becchi e B. Vertecchi (a cura di), Milano, Franco Angeli, 1984, pag. 121.

³ L'ermeneutica storicamente costituiva l'attività interpretativa che i Padri della Chiesa avevano sviluppato in relazione ai testi sacri per comprendere più in profondità il loro significato. Intesa nel senso disciplinare del termine, l'ermeneutica è un prodotto essenzialmente moderno di cui si riconosce Hans-Georg Gadamer il maggior esponente.

Gadamer analizza il processo conoscitivo dell'uomo prendendo come esempio ciò che accade quando si legge un libro. Nella lettura di un libro finalizzata alla sua conoscenza, si sviluppa quello che Gadamer chiama "circolo ermeneutico" che consiste in un gioco di rimandi continui tra le precomprensioni del lettore

come l'educazione oltre ad essere agita, nelle sue forme e manifestazioni sanitarie, possa essere compresa, rappresentata e significata dagli operatori stessi. L'esperienza educativa è dunque al centro dell'indagine e, attraverso il *paradigma qualitativo*, viene esplorata per comprendere le strutture di significato quotidiano.

Tradizionalmente la ricerca che si realizza nei contesti sanitari segue prevalentemente il paradigma quantitativo, come abbiamo visto parlando di Evidence Based Medicine. Per migliorare l'efficacia dell'agire professionale in medicina la via euristica procede prevalentemente proponendo dei *trials clinici randomizzati controllati* (randomized controlled trial –RCT-) come strumento di maggiore valore nella valutazione dell'efficacia di un determinato intervento.

Per rispondere alle domande: *Qual è il miglior trattamento per la condizione del Sig. Rossi?* oppure *Quale trattamento può essere dimostrato come il migliore per questa malattia?* il medico e la comunità scientifica si avvalgono di dati derivanti da ricerche sul campo che seguono il modello sperimentale della ricerca. I Trials clinici randomizzati controllati sono vere e proprie sperimentazioni che permettono di valutare l'efficacia di uno specifico trattamento in una determinata popolazione⁴. Sono ricerche *sperimentali* (trial) che verificano l'effetto di un trattamento – come la somministrazione di un farmaco – su una popolazione reclutata appositamente, che viene confrontato con l'effetto di un altro trattamento – ad esempio un altro farmaco o di un placebo. Le persone coinvolte vengono suddivise in due gruppi: il primo detto anche braccio sperimentale che riceve il trattamento, il secondo, braccio di controllo, che riceve un diverso o nessun trattamento. Ed è proprio per la presenza del gruppo di controllo che gli studi si definiscono *controllati*. Perché ci possa essere un confronto tra i due interventi, i gruppi devono essere comparabili, ovvero risultare il più possibile omogenei, almeno per le variabili considerate rilevanti nello specifico del protocollo di ricerca. L'assegnazione del trattamento avviene con un metodo casuale, (random) che aumenta la probabilità che altre

(conoscenze ed esperienze pregresse) e il testo, che si influenzano reciprocamente in un circolo infinito. La conoscenza si viene a costruire in questo gioco di rimandi continui tra le precomprensioni e il testo (fenomeno da interpretare). Se l'ermeneutica tradizionale andava alla ricerca di una oggettività dell'interpretazione, indipendentemente da chi la eseguiva e dal contesto storico in cui essa si collocava, per Gadamer ciò non sarebbe possibile, dato che l'interpretazione nasce dall'incontro fra due orizzonti di comprensione, quello dell'autore e quello del lettore.

⁴ Con il termine trattamento il riferimento viene fatto convenzionalmente non solo alle terapie, ma a tutti gli interventi sanitari (diagnosi, screening educazione sanitaria ec...) fino ad includere anche all'assenza di un intervento.

variabili non considerate nel disegno dello studio, si distribuiscono in maniera uniforme nel gruppo sperimentale e in quello di controllo; in questo modo, le differenze eventualmente osservate tra i due gruppi possono essere attribuite al trattamento.

Gli studi clinici controllati randomizzati sono studi prospettici, quindi la sperimentazione viene condotta parallelamente nei due gruppi e i risultati ottenuti vengono analizzati alla fine dello studio.

Perché uno studio quantitativo sia ritenuto attendibile, deve corrispondere ai criteri di *validità interna ed esterna*⁵ e fare in modo che le sue conclusioni siano generalizzabili a contesti e situazioni analoghe.

Per quanto riguarda l'indagine l'«*educativo*» in sanità essendo sostenuta da un altro disegno di ricerca (quello qualitativo) e presentando altre finalità (descrivere il fenomeno senza misurarlo sul piano oggettivo) l'orizzonte che si profila è completamente diverso da quello sperimentale. Il focus della ricerca, infatti, è l'osservazione di ciò che si manifesta spontaneamente al fine di comprendere il fenomeno educativo senza sperimentare particolari strategie pedagogiche. La domanda che guida questa indagine riguarda infatti il *come* del fenomeno educativo per constatarne le caratteristiche e i tratti salienti offrendo così un contributo alla conoscenza per offrire successivamente un elemento utile alla messa in atto di programmi educativi.

Anche in presenza di gruppi con caratteristiche analoghe, i dati emersi si prestano ad un *confronto* senza pretendere però di generalizzare le conclusioni. In questo modo sono possibili forme di *trasferimento* della ricerca che, *mutatis mutandis*, hanno come obiettivo quello di corroborare o meno, di volta in volta, i risultati supposti dopo la rivelazione, avviando una o più determinazioni comparative. In altre parole, i risultati pur non essendo generalizzabili, si presentano come descrittori di ciò che alcuni operatori della sanità

⁵ La *validità interna*: misura quanto i risultati di uno studio sono corretti per il campione di individui che sono stati studiati. Viene appunto detta "interna" in quanto si applica alle condizioni del particolare gruppo di individui studiati, e non necessariamente agli altri. Per esempio, negli studi clinici, la validità interna dipende dalla correttezza di impostazione dello studio stesso, dalla scelta di buone tecniche diagnostiche e da un loro corretto utilizzo, da una buona elaborazione dei dati, ecc. La validità interna viene difettata sia dalla variazione casuale che da ogni elemento di disturbo (*bias*). La validità interna rappresenta una condizione necessaria ma non sufficiente perché uno studio sia utile. La *validità esterna*: è il grado di generalizzabilità delle conclusioni tratte da uno studio. Per esempio, nel caso di uno studio epidemiologico clinico, essa risponde alla domanda "Supponendo che i risultati di un determinato studio siano veri, essi si applicano anche ai miei pazienti?". In altre parole, la validità esterna misura il grado di verità dell'assunto secondo cui gli individui studiati con il campione sono "uguali" ad altri pazienti affetti dalla stessa condizione.

realizzano e vivono in campo educativo e, oltre a far presagire come la competenza educativa venga espressa nel quotidiano, consentono l'avvio di paragoni tra soggetti, profili professionali e contesti diversi per comprendere le analogie, le differenze e le affinità.

L'«*educativo*» in sanità non ha la pretesa di introdurre nel contesto di ricerca elementi manipolativi per controllarne gli effetti su variabili dipendenti (come avviene per i trial clinici), ma intende raccogliere delle informazioni - in maniera rigorosa - per comprenderle, analizzarle e paragonarle, avvalendosi degli aspetti metodologici del paradigma qualitativo⁶, impiegati a sostegno dell'intero impianto della ricerca. L'indagine non pretende di essere esaustiva e conclusa, poiché per la sua intrinseca costituzione esplorativa dà indicazioni su come procedere nell'ambito della ricerca e degli interventi circa gli aspetti educativi in sanità. Lo studio, infatti, è stato pensato come un primo passo di un lungo percorso per analizzare e raccogliere i dati di un fenomeno ancora poco indagato in campo sanitario. Per questo è necessario che le riflessioni e i risultati che si ricavano e che aprono alla formulazione di ipotesi, possano essere verificate anche attraverso indagini di tipo quantitativo affinché vi possa essere una rappresentazione sempre più ampia e integrata della complessità sanitaria.

1.2. Questioni di metodo: i focus group

Per conoscere i vissuti e le prospettive concettuali che alcuni medici, infermieri, ostetriche e fisioterapisti hanno dei fenomeni educativi in base alla loro esperienza, si è deciso di utilizzare la metodica dei focus group.

Il focus group è una tecnica di raccolta dati che si avvale dell'interazione tra i soggetti appartenenti ad un gruppo. Per via delle caratteristiche metodologiche i focus group sono divenuti molto popolare negli ultimi anni, anche in virtù delle molte circostanze che li rendono applicabili alla ricerca qualitativa.

⁶ Il riferimento in particolar modo segue le indicazioni contenute nelle seguenti fonti bibliografiche:

L. Mortari, *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Roma, 2007;

D. Silvermann, *Manuale di ricerca sociale e qualitativa*, Roma, Carocci, 2008;

S. Mantovani (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Milano, Bruno Mondadori, 1998.

Per Cinzia Albanesi sono tre le dimensioni che rendono i focus group uno strumento di rilevazione dati appropriato a molti campi dell'indagine euristica⁷.

La prima ha a che vedere con la versatilità dello strumento e con la sua relativa facilità di uso, da cui deriva la possibilità di raccogliere una mole abbastanza elevata di dati in un tempo relativamente ristretto. La seconda si riferisce alla possibilità che i focus group hanno di accedere alle rappresentazioni dei fenomeni sociali aprendo la conoscenza, in modo particolare, alle modalità con cui tali raffigurazioni si costruiscono nell'interazione di gruppo. La terza si riferisce, infine, alla possibilità di passare da un uso meramente conoscitivo delle opinioni espresse nel corso della rilevazione ad un loro uso trasformativo, dal momento in cui l'interazione e la discussione guidata diventano occasioni per ampliare le conoscenze dei partecipanti e innescare processi di empowerment.

Dalla rassegna della letteratura⁸ stando alle indicazioni di metodo, un focus group dovrebbe coinvolgere dagli otto ai dodici partecipanti ed essere condotto da un moderatore affiancato da un assistente. La durata di una sessione del focus group abitualmente è compresa tra l'ora e mezza e le due ore. In questo tempo i partecipanti raccolti nel gruppo discutono del tema proposto, secondo regole di interazione esplicitate dal moderatore all'inizio dell'incontro.

Oltre alla possibilità di coinvolgere contemporaneamente un gruppo di persone, riducendo i costi e i tempi della realizzazione della ricerca, i focus group hanno il vantaggio di indagare argomenti di cui non si hanno sufficienti informazioni. In modo particolare per la facilità di raccolta dati la tecnica risulta appropriata per rilevare le opinioni e gli atteggiamenti delle persone in quanto, somigliando a una conversazione informale, porta gli intervistati ad esprimersi con maggiore libertà.

L'interazione tra i partecipanti rappresenta una delle caratteristiche più importanti e distintive delle tecniche di raccolta dati. I focus group considerano, infatti, l'interazione il dispositivo utile per favorire l'espressione e il confronto dei vari punti di vista, dove ciascuno può parlare di sé in modo episodico e funzionale al tema oggetto di studio, senza dover esprimere aspetti particolarmente personali, come accade invece nella tecnica

⁷ Cfr. C. Albanese, S. Lorenzini (a cura di), *Femmine e maschi nei discorsi tra compagni di classe. Il focus group nella ricerca sul genere in adolescenza*, Bologna, Clueb, 2011, pag. 65-74.

⁸ Si rimanda ai riferimenti riportati in C. Albanesi, *I focus group*, Roma, Carocci, 2004 e in N. C. Oprandi, *I focus group. Breve compendio teorico*, Padova, Emme&erre Libri, 2000.

dell'intervista in profondità. Il processo che si attiva nel focus group, spiega Albanese, è una sorta di *sinergia di gruppo* grazie alla quale gli stimoli che i partecipanti si mandano si rinforzano reciprocamente, facendo emergere la varietà di idee e di spiegazioni che sono in campo a un momento dato⁹. Questo comporta che la selezione e il reclutamento dei partecipanti diventano gli elementi cruciali per favorire l'interazione e ottenere elementi utili ai fini dell'indagine.

I focus group avendo a che fare con l'incontro e l'interazione tra persone, nel raccogliere i discorsi e le cognizioni possono essere utilizzati per esaminare le rappresentazioni sociali e il sistema di credenze che si generano negli scambi sociali. Questa possibilità ha sancito il successo del loro utilizzo come strumento di ricerca nell'ambito della salute, per comprendere, ad esempio, i bisogni e le rappresentazioni sull'HIV¹⁰.

Oltre allo scopo esplorativo e di verifica, ai focus group si attribuisce anche una funzione formativa data dalla possibilità di generare un cambiamento che si lega all'attivazione di un processo di gruppo: il focus group diventa uno strumento di *ricerca-azione*. La possibilità di dirsi e di confrontarsi genera nei partecipanti l'aumento della consapevolezza critica circa le risorse e le opportunità presenti che potranno essere utili per proporre interventi e/o azioni partecipate.

Sono questi gli elementi che hanno orientato la scelta di utilizzare i focus group come metodo per raccogliere elementi, utili a comprendere l'educativo in sanità, argomento fino ad ora poco esplorato su cui non si riscontrano in letteratura particolari studi e ricerche in merito.

La scelta di optare per i focus group, anziché l'intervista in profondità, o altri metodi di rilevazione, come l'indagine etnografia e l'osservazione, è stata fatta in primo luogo per avere una mappa immediata, ampia e dinamica degli interventi educativi, ma anche perché ciascun partecipante potesse, attraverso il racconto dell'esperienza degli altri, giungere a rintracciare elementi che avrebbero potuto caratterizzare la propria storia, così da rinforzarsi reciprocamente. In tal senso l'esperienza di uno avrebbe fatto da «apripista» stimolando gli altri partecipanti a recuperare pensieri, vissuti ed emozioni riguardanti la loro esperienza in campo educativo. In più, data la predisposizione pedagogica dell'indagine, si voleva che i partecipanti non fossero trattati come mere «cavie da

⁹ Cfr. C. Albanese, S. Lorenzini (a cura di), *Femmine e maschi nei discorsi tra compagni di classe*, op. cit., pag. 68.

¹⁰ op. cit. pag. 72.

laboratorio», e quindi soggetti utilizzati per il loro «dare» ma, si voleva dar loro qualcosa, come la condivisione di esperienze che potevano essere rivelatrici di affinità, convergenze, similitudini o di differenze. ...

Per l'insieme di queste ragioni, la scelta del metodo di ricerca è stata orientata al focus group.

1.3. Il logbook della ricerca

Nel cercare di corrispondere il più possibile ai criteri della ricerca empirica, l'«*educativo*» in sanità si è attenuta al rispetto dei metodi specifici del paradigma qualitativo. Tra le varie indicazioni vi è quella di annotare l'intera esperienza all'interno di un *logbook* - diario di bordo - tenuto per registrare i fenomeni, i dati e gli eventi ritenuti rilevanti nel corso dell'indagine e così rendere pubblico il processo sia nelle così dette *zone chiare* - ovvero attribuibili alle scelte epistemiche di base, sia nello *sfondo opaco* - in riferimento all'implicito tenendo lo sguardo sulla postura soggettiva del ricercatore.¹¹

Prima di presentare i risultati dell'indagine, passeremo a descrivere sinteticamente i punti salienti che hanno caratterizzato e documentato la storia del processo di ricerca facendo riferimento al diario di bordo debitamente compilato fin dai primi momenti dell'indagine.

Scrive Luigina Mortari:

Per il carattere di continuità rispetto alla ricerca, il diario può diventare come un film al rallentatore che documenta il processo stesso di costruzione della ricerca: può documentare lo sviluppo di percezioni e intuizioni emerse nelle varie fasi, il divenire del processo di revisione dell'iter epistemico in relazione ai problemi e alle questioni emerse, le strategie messe a punto per far fronte alle difficoltà impreviste. (...). Il compito di tenere un diario concorre a sviluppare diverse abilità: di osservazione, di documentazione,

¹¹ A tal riguardo, è Luigina Mortari a dare un valore euristico alla postura del ricercatore, ovvero a come il soggetto si pone nella ricerca. Superata la concezione oggettivistica secondo cui la mente del ricercatore non influenzerebbe affatto nella ricerca, si pone come necessario la disposizione a praticare la disciplina della riflessione che porta il ricercatore a interrogarsi su come elabora il significato delle sue esperienze di ricerca. Per tal ragione, la riflessione va distinta in due piani, che Mortari individua in quelli delle ragioni epistemiche di base, dette della zona chiara, e in quelle delle ragioni implicite e tacite, così dette della zona opaca. Cfr. L. Mortari, *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Roma, 2007, pag. 223.

di riflessione. (...). Il diario, quindi, si profila come luogo di autocomprensione per stare con padronanza dentro la storia che si va costruendo¹².

Nel campo della ricerca educativa non esistono modelli rigidi di scrittura diaristica a cui far riferimento, i ricercatori dunque giovano di una consentita libertà nel collocare i processi e le informazioni che hanno accompagnato l'esperienza, come è accaduto per quanto concerne l'indagine l'«*educativo*» in sanità.

Sono state appuntate le tracce che hanno documentato i punti salienti, gli snodi e le scelte che spiegano via via le ragioni che hanno guidato la ricerca dalla sua nascita alla conclusione.

Il presente diario è stato scritto durante lo svolgersi del progetto di dottorato in Pedagogia a cui lo scrivente ha preso parte, progetto che rappresenta il contenitore istituzionale e culturale che ha permesso la realizzazione dell'indagine stessa.

Data la caratteristica e finalità del diario, l'elaborato che segue viene lasciato nella sua stesura originale, facendo riferimento alla formula espressiva rivolta in prima persona.

1.3.1. I presupposti

L'interesse per lo sviluppo di una ricerca di pedagogia declinata in ambito sanitario, prende il via nel mezzo di un'esperienza personale costellata da eventi e riflessioni che da 20 anni, nelle vesti di operatore prima e di formatore poi, hanno permesso di accostarmi alla lettura delle *pratiche educative* nella loro complessità e problematicità. Nel corso dell'esperienza professionale mi è stato possibile osservare, al contrario, quanto sia frequente realizzare e trasmettere i principi educativi secondo logiche semplificanti e disgiuntive. Nei contesti sanitari non è raro confondere gli interventi educativi con la messa in atto di articolate sequenze informative, oppure replicare interventi standardizzati senza far alcun ricorso a minime divergenze critiche o a sfumature creative. Le pratiche educative vengono spesso lasciate al buon senso e dunque alla sensibilità – o insensibilità – del singolo operatore che tende a trasferire, pur senza intenzionalità, stili, modelli e atteggiamenti acquisiti nel corso della propria esperienza personale. I riferimenti teorici e, ancor più, il richiamo ad alcuni assunti propri della Filosofia dell'educazione, vengono posti in secondo piano e talvolta preclusi, già a partire dalla formazione universitaria. Grande rilevanza viene invece data allo sviluppo delle competenze sintattiche e

¹² L. Mortari, *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Roma, 2007, pag. 229.

docimologiche per quanto concerne la *programmazione educativa*. Sia nei contesti formativi che nelle comunità di pratica è consuetudine ricorrere alla consultazione della celebre “Guida pedagogica per il personale sanitario” di J.J. Guilbert (ultimo aggiornamento risale al 2002) appoggiata, fin dalla sua prima pubblicazione del 1969, dall’Organizzazione Mondiale della Sanità per sostenere gli insegnanti del personale sanitario medico e non medico di tutti i Paesi del mondo a facilitare l’apprendimento, attraverso i metodi e le norme della moderna didattica.

La constatazione della debolezza del paradigma pedagogico nella sua veste teoretica, a partire dalla sua scarsa valorizzazione già nella formazione sanitaria, mi ha portato ad intraprendere il dottorato con l’obiettivo di avviare una ricerca sui modelli, sui concetti e sulle ipotesi utili a interrogare i fenomeni educativi in sanità, al fine di poterli leggere e farli comprendere all’interno della cornice disciplinare specifica della pedagogia generale.

1.3.2. I primi passi sulla via euristica

Mosso da questo intento, durante il dottorato ho cercato di approfondire il discorso pedagogico nella sua veste generale, riferendomi ai principali paradigmi teoretici e agli attuali dibattiti presenti nei settori della pedagogia generale, nonché della Filosofia dell’educazione; ho avuto occasione di studiare più a fondo il Problematicismo pedagogico; i presupposti e gli studi della pedagogia applicata alle neuroscienze, la deontologia pedagogica e le attuali prospettive pedagogiche nei confronti delle infanzie e delle famiglie.

Contemporaneamente, la ricerca è continuata sull’analisi delle fonti riguardanti il dialogo interdisciplinare tra la Pedagogia e le Scienze mediche e/o della salute. Senza riscontrare una tradizione compiuta, sistematica e permanente della Pedagogia italiana applicata ai contesti sanitari, mi sono accostato ad alcuni lavori significativi (cfr. Di Giorgio 1981 e 1990, Kanisza 1994, Bertolini G. et al. 1994, Massa R, Bertolin G. 1997, Zannini 2001, Bertolini P 2005, Becchi 2010, Carlocontini, 2012) che trattano, sotto diverse prospettive, il contributo della Pedagogia alla epistemologia medico-sanitaria. L’analisi delle recenti produzioni letterarie (Zannini 2008, de Mennato 2011), mi ha condotto a transitare un territorio che definirei “di confine” caratterizzato da un numero considerevole di produzioni scientifiche in tema di Medical Humanities e di Medicina Narrativa, senza però trovare richiami espliciti al settore disciplinare della Pedagogia.

Ulteriori ricerche sono state condotte all'interno delle più autorevoli banche dati di editoria primaria in uso nel panorama biomedico (PUB MED - Cinahl - Cochrane Library). Le ricerche effettuate attraverso l'utilizzo delle parole chiave "pedagogy - education – educational" rimandano ad una elevata quantità di studi internazionali i cui risultati sono ricondotti in categorie di argomento, (ramificazioni) facilmente reperibili grazie alla sistematizzazione e gerarchizzazione dei termini MeSH¹³. Data la vastità degli abstract e degli articoli consultati, allo stato della presente ricerca, per convenienza e semplicità, è possibile classificare gli studi effettuati nei contesti sanitari ad interesse pedagogico-educativo, in due macro aree:

- a. Area della formazione: in relazione a modelli didattici, curriculari e strategie di insegnamento per la trasmissione e l'acquisizione dei saperi teorici e delle abilità pratiche all'interno dei corsi di studi delle professioni sanitarie;
- b. Area dell'educazione: con riferimento a modelli e strategie di interventi educativi (educazione sanitaria ed educazione terapeutica) rivolti a persone – e loro familiari - affetti da patologie croniche (come il diabete, l'asma, l'obesità, etc...) o portatori di bisogni sanitari particolari.

1.3.3. Le ipotesi e i disegni della ricerca.

In fase di progettazione della tesi di dottorato ho scelto di sviluppare *due ambiti di ricerca* tra loro integrati. Il primo inerente il discorso teoretico volto a comprendere come la pedagogia venga e/o possa essere applicata ai contesti sanitari, in riferimento, soprattutto, al suo statuto epistemologico e sintattico. Oltre agli aspetti concettuali ho pensato di inserire in questa sessione un'analisi sulle norme e sugli orientamenti che valorizzano lo sviluppo delle pratiche educative in sanità, e sui principi che sorreggono la formazione degli operatori sanitari.

Il secondo ambito di ricerca sviluppa invece un disegno empirico volto a comprendere il punto di vista degli operatori sanitari sull'educazione per scoprire come viene

¹³ I Termini MeSH (Medical Subjects Heading) fanno parte di un vocabolario di termini scientifici creato dalla National Library of Medicine, universalmente condiviso, per assegnare in maniera univoca ad ogni articolo un'etichetta che individui i principali argomenti realmente trattati. Questo vocabolario contiene oltre 22000 elementi e viene aggiornato ogni anno in modo che siano presenti tutte le innovazioni della terminologia medico-scientifica. I termini MeSH sono disposti in maniera gerarchica per categorie di argomento, dal termine più generico a quello più specifico come un albero che si divide in rami sempre più piccoli.

intenzionata e descritta in riferimento ai contesti professionali. Tale segmento di ricerca è stato pensato, fin da subito, come uno *studio qualitativo* per descrivere e comprendere il fenomeno educativo in sanità, senza pretesa alcuna di quantizzare i fenomeni educativi (mappatura delle tipologie degli interventi educativi o confronti tra diversi *trial*) per la produzione di outcome clinicamente rilevanti al fine di una *best evidence*.

In fase iniziale è stato stilato un tempogramma che mi ha permesso di dettagliare e pianificare le azioni che avrei dovuto seguire.

TEMPOGRAMMA DELLA RICERCA

	2010	2011	1/12	2/12	3/12	4/12	5/12	6/12	7/13	8/12	9/12	10/12	11/12	12/12	1/13	2/13	3/13	4/13	5/13	6/13
ANALISI CRITICA DELLA LETTERATURA																				
ELABORAZIONE DEL QUADRO PROBLEMATICO DELLA RICERCA																				
ANALISI QUALITATIVA - I FOCUS GROUP -																				
ANALISI QUANTITATIVA IL QUESTIONARIO																				
SPERIMENTAZIONE DIDATTICA																				

Il disegno della ricerca in virtù delle conoscenze derivanti dall'analisi della letteratura è stato più volte modificato, nonostante ciò sono stati mantenuti alcuni capisaldi riguardanti il metodo di riferimento (qualitativo) e la tecnica di rilevazione dei dati (*narrative inquiry*). Nella fase iniziale non è stata definita una precisa modalità di campionamento, si pensava, infatti, di reclutare un numero sufficientemente rappresentativo di operatori che svolgessero attività educative, appartenenti ai diversi profili sanitari. Il *focus group* è stato ipotizzato come strumento privilegiato per far

emergere le opinioni e le *expertise* attraverso un confronto costruttivo che si sarebbe dovuto creare tra i partecipanti. Più precisamente, si pensava di coinvolgere all'interno di ciascun focus alcuni operatori appartenenti ai diversi profili professionali sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche, etc..) per garantire un maggior grado di rappresentatività e raccogliere così informazioni che potessero descrivere il fenomeno in modo più articolato

Continuando l'analisi della letteratura, ho constatato quanto il movimento delle Medical Humanities sia compiutamente sviluppato nei principali contesti universitari e sanitari anglo americani, mentre in Italia solo recentemente tale movimento sta muovendo i primi passi, come testimoniano la nascita del Centro di Medical Humanities dell'Università di Firenze e del Centro di Medical Education dell'Università di Genova.

Per comprendere più da vicino tale realtà, ho preso contatti con l'Osservatorio Internazionale per le Medical Humanities della Fondazione Sasso Corsaro di Bellinzona, afferente alla Scuola Universitaria della Svizzera Italiana in collaborazione con altre università Europee. Oltre a conoscere le ricerche prodotte, ho avuto la possibilità di partecipare ad alcuni seminari e ad un tavolo di lavoro programmatico. Durante il volgersi di tali esperienze nasce la decisione di includere nello studio qualitativo anche un campione di professionisti operanti nel contesto sanitario del Canton Ticino, al fine constatare possibili peculiarità legate ad un sistema culturale-formativo che da più di un decennio promuove sistematicamente la filosofia delle Medical Humanities.

1.3.4. Dubbi e problemi della ricerca

Nel corso della progettazione diverse sono state le problematiche e gli inceppi che mi hanno portato a rivedere e ripensare più volte l'ambito empirico della ricerca.

Il maggior impedimento è riconducibile alle difficoltà avute nel contattare Università e/o Organizzazioni sanitarie internazionali al fine di ricevere informazioni e/o promuovere scambi in merito all'oggetto di ricerca. Non sempre, infatti, è stato possibile ricevere risposte o feedback tempestivi alla illustrazione del disegno di ricerca, promossa anche per delineare possibili e auspicabili forme di collaborazione e partecipazione alla ricerca empirica.

Una seconda problematica incontrata, riguarda propriamente la progettazione dello studio qualitativo. Un approfondimento più mirato sulla ricerca educativa e nello specifico

sulla metodologia dei focus group¹⁴ ha fatto emergere una serie di dubbi in merito all'adeguatezza dell'arruolamento del target da includere nei focus group. Lo studio sulle influenze dei comportamenti all'interno dei gruppi mi ha portato a riflettere su quanto il campionamento ipotizzato avrebbe potuto compromettere la sicurezza di un confronto libero e spontaneo tra i partecipanti, dal momento che la condivisione delle esperienze e del punto di vista di ciascuno, poteva risultare condizionata dalla presenza di operatori appartenenti ad altri profili professionali. Più precisamente, la possibilità di condividere la medesima esperienza poteva essere ostacolata da alcuni fattori quali: livelli esperienziali divergenti e non sempre comprensibili; uso di linguaggi differenti; presenza di possibili situazioni pregiudiziali e/o conflittuali, come talvolta accade tra gli appartenenti a diverse categorie professionali sanitarie. Date queste criticità, si decide di ridefinire la modalità di campionamento: ciascun focus group sarebbe stato composto da soggetti appartenenti alla stessa categoria professionale; il criterio di omogeneità, si pensava, avrebbe dovuto garantire un maggior grado di libertà nell'esposizione del proprio punto di vista. In tal modo la raccolta delle rappresentazioni sulle pratiche educative sarebbe avvenuta attraverso focus group organizzati per profilo professionale, rivolti rispettivamente a: medici; infermieri; ostetriche; fisioterapisti e dietisti.

Il disegno di ricerca, ulteriormente rivisto e modificato, viene presentato ad un membro dell'Osservatorio per le Medical Humanities di Bellinzona a cui fa seguito, nell'autunno 2011, la dichiarata disponibilità alla realizzazione dei focus group nel contesto sanitario del Canton Ticino. In occasione di una successiva presentazione della ricerca ad alcuni componenti dell'Osservatorio, viene rinnovata la disponibilità allo studio e, nel marzo 2012, si specificano le modalità di realizzazione definendo le tempistiche (accordo definito per il mese di giugno 2012).

A seguito di sopraggiunti problemi organizzativi, nel mese di maggio ricevo comunicazione nell'impossibilità a reclutare, nel rispetto dei tempi concordati, il personale per il focus group, pur mantenendo riconoscimento e valore alla ricerca e una disponibilità per tempi futuri.

Tale comunicazione, dopo un'innegabile stato di smarrimento, mi porta inesorabilmente a rivedere tutto l'impianto del disegno di ricerca.

¹⁴ C. Albanesi, *I focus group*, Roma, Carocci, 2004.

Nello stesso periodo, un ulteriore elemento di problematicità emerge nel corso del colloquio con il co-tutor di dottorato, il quale, facendo riferimento ad alcuni parametri della ricerca quantitativa, intravedeva un probabile *bias di campionamento* nello studio qualitativo progettato. L'istanza sollevata dal co-tutor (esperto prevalentemente di approcci quantitativi), si riferiva al fatto che i focus group, pur reclutando soggetti appartenenti allo stesso profilo professionale, sarebbero stati costituiti da soggetti con esperienze e vissuti sull'educazione difforni, in relazione alla specialità di appartenenza e al contesto operativo di esercizio. Certamente, all'interno di un disegno di ricerca quantitativo non sarebbe stato possibile utilizzare lo strumento del focus group e tanto meno far riferimento ad un campione eterogeneo se l'obiettivo fosse stato, ad esempio, quello di misurare le pratiche educative, poiché sarebbero emerse sostanziali differenze da parte di chi esercita in pediatria, in un servizio di anestesia-rianimazione o in un contesto di medicina generale.

Pur essendo una ricerca di natura pedagogica, il rischio che si poteva correre, avendo come interlocutori anche esponenti delle discipline mediche, era che in occasione di valutazione critica dei risultati, fosse messa in dubbio la *validità interna* dello studio, a partire proprio dalla modalità di campionamento. È risaputo come in ambito medico – dove il paradigma quantitativo della ricerca empirica è prevalente, la qualità interna di uno studio clinico dipenda essenzialmente dall'appropriatezza del disegno sperimentale, in relazione ai quesiti e alle ipotesi che si vogliono verificare, oltre che dalla correttezza del disegno in fase di progettazione e di realizzazione.

Tutte queste sollecitazioni e avvenimenti mi hanno portato a sospendere il procedere della ricerca per rivedere criticamente quanto fino a quel momento prodotto, soffermandomi in particolar modo sui limiti, i dubbi e le critiche emerse. Vengo così sollecitato a ripensare l'intero impianto della ricerca empirica, tale avvenimento mi induce inevitabilmente ad arrestare l'elaborazione del primo ambito della ricerca (elaborazione teoretica).

Al fine di indirizzarmi verso una esamina più ampia e analitica sulla ricerca qualitativa, ho cercato di:

1) approfondire ulteriormente l'analisi e lo studio della letteratura in ambito di ricerca sperimentale: per la ricerca sanitaria (Pomponio, Colosso, 2005); per la ricerca educativa e sociale (Becchi, Vertecchi, 1984, Lumbelli, 1984, Mantovani, 1994, Viganò, 1995, Caronia 1996, Silverman 2002, Mortari 2008).

2) continuare uno scambio con ricercatori e docenti esperti in metodologia della ricerca afferenti prevalentemente al SSD M/Ped 03 per poter dipanare e chiarificare i dubbi e le problematiche incontrate;

3) partecipare ad una formazione specifica che mi aiutasse nella definizione del progetto. Nel mese di giugno 2012 ho avuto l'occasione di prendere parte ad una sessione formativa sulla ricerca qualitativa tenuto da Susan Jack, PhD Associate Professor, School of Nursing della Mc Mastery University, rivolta ad un gruppo di infermieri ricercatori della provincia di Bologna,

L'approfondimento della letteratura, il confronto con ricercatori esperti e la partecipazione alla formazione hanno certamente rafforzato le mie conoscenze consentendomi di avere idee più chiare in tema di:

- formulazione del problema;
- quesito di ricerca da formulare;
- formulazione del disegno di ricerca;
- procedure di campionamento;
- analisi dei dati dopo trascrizione;

in riferimento al rigore e allo standard critico proprio della ricerca qualitativa.

Nonostante le difficoltà è stato disegnato tramite il registro di ricerca pedagogica che tenesse in considerazione del contesto, della cultura e dei linguaggi a cui era rivolto, ovvero quello sanitario.

Su tale ragione è stato formulato un *protocollo di ricerca* che riporta in dettaglio il piano di svolgimento di uno studio in relazione ai presupposti scientifici, etici ed organizzativi. Si tratta di un documento formale che indica in modo rigoroso e minuzioso il disegno dello studio e i suoi dettagli. Il protocollo di ricerca indica la struttura logico-formale dello studio, presentando in forma scritta tutti i passaggi del piano di lavoro su cui è possibile confrontarsi. In ambito sanitario la maggior parte dei protocolli di ricerca fanno riferimento ai *trials clinici randomizzati controllati* descrivendo in modo dettagliato che cosa si sta cercando e quale percorso verrà proposto per giungere ai risultati. In questo caso, trattandosi di sperimentazioni, è doveroso far riferimento anche ai risvolti etici che vengono valutati da una apposita Commissione al fine di proteggere i soggetti da ogni effetto dannoso che dovesse derivare dalla partecipazione alla ricerca.

1.4. Il protocollo di ricerca

È il Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica che approva o meno la realizzazione di una ricerca in ambito medico-sanitario pronunciando il proprio parere solo dopo aver preso visione e analizzato il protocollo di ricerca. Per garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere ai soggetti coinvolti in uno studio clinico e fornire pubblica garanzia di tale protezione, nonché per assicurare una corretta conduzione nella sperimentazione a garanzia anche degli operatori, si fa riferimento al protocollo di ricerca. Per l'indagine l'«*educativo*» in sanità, non essendo mirata a sperimentare forme di trattamenti, non è stato necessario ricorrere al vaglio del Comitato Etico. Si è voluto però utilizzare la forma metodologicamente validata per descrivere il razionale della ricerca fissando le linee guida alla luce anche dei possibili risvolti etici. Ancor più, la scelta di ideare un protocollo di ricerca di una indagine pedagogica, si pensava sarebbe stato più agevole quando presentato ai Responsabili sanitari chiamati formulare un parere di l'adesione, trattandosi di un format e linguaggio già conosciuto.

Prendendo come riferimento alcuni protocolli già stilati e tenuto conto delle fonti bibliografiche consultate¹⁵ è stato prodotto il seguente protocollo:

TITOLO:

L'«EDUCATIVO IN SANITA'»

SCOPO DELLO STUDIO:

Lo scopo di questo studio è quello di comprendere e descrivere, nella sua accezione generale, il *fenomeno educativo in sanità* attraverso una riflessione pedagogica sulle esperienze (e pratiche) e sui vissuti degli operatori sanitari che esercitano nella realtà sanitaria bolognese e del Canton Ticino.

Lo studio in funzione della sua finalità *ermeneutica* e del suo progetto ideografico desidera avviare un processo riflessivo e programmatico per la realizzazione di un percorso formativo volto a sostenere e sviluppare la competenza educativa degli operatori sanitari in funzione dei profili professionali e dei codici etici.

QUESITO DELLA RICERCA:

Come viene rappresentata - e/o vissuta/intenzionata/letta/agita l'educazione - e/o le pratiche educative - (nella sua dimensione semantica e generale) dagli operatori sanitari?

Ovvero: *quali rappresentazioni hanno delle pratiche educative gli operatori sanitari?*

¹⁵ Mariani L., Nanni O., "Protocollo di ricerca", in Amadori D. (a cura di), *Sperimentazione clinica in Oncologia. Metodologia, strutture e risorse*, Milano, Poletto Editore srl, 2004, pp. 39-42.

Il presente quesito nasce dall'intreccio e dalla sintesi di altri quesiti di seguito riportati:

- Quanto e in che misura è presente l'educativo nelle rappresentazioni, nei saperi, nei valori e (dunque) nelle pratiche dei professionisti che operano nei contesti di cura sanitaria?
- Quali sono le rappresentazioni che gli operatori sanitari hanno dell'educazione?
- Quale epistemologia implicita sostiene le pratiche educative sanitarie degli operatori?;
- Quali interventi "pedagogici" vengono espressi nel quotidiano sanitario dagli operatori in riferimento a fatti ordinari e straordinari?;
- Quali sistemi formativi ed organizzativi sanitari facilitano la diffusione di saperi e pratiche pedagogicamente fondate?.

RAZIONALE DELLO STUDIO

Questo studio vuole essere condotto in quanto:

1. Gli interventi definiti intenzionalmente educativi in sanità (educazione-promozione alla salute ed educazione terapeutica) trovano riscontro di efficacia nella maggior parte degli studi presentati dalle revisioni scientifiche in ambito medico (Fabbri, Sartini, 2010). Tali studi si riferiscono in particolar modo alle metodologie utilizzate dagli operatori (prevalentemente medici e infermieri) per promuovere una maggiore compliance - negli assistiti e nei familiari - ai programmi terapeutico-assistenziali per la gestione delle problematiche connesse alla cura della salute e della malattia.
2. Il fenomeno educativo non è stato significativamente indagato in termini di vissuti e di rappresentazione negli operatori sanitari. Allo stato attuale non si riscontrano studi che mettono in evidenza matrici e modelli della formazione (e/o educazione) nei professionisti che operano nei contesti sanitari; modelli che in maniera più o meno intenzionale sorreggono gli atteggiamenti e le modalità comunicativo-relazionali ed educative nel quotidiano sanitario. In questo caso si sente la necessità di completare i risultati di efficacia delle azioni educative (cfr punto 1) con la comprensione di quelle latenze cognitive, affettive e pedagogiche (R. Massa et. Al, 1997) che accompagnano gli operatori sanitari.
3. Non sempre lo sviluppo delle competenze educative degli operatori sanitari (e quindi relazionali, comunicative, valoriali e simboliche) sono sostenute da una formazione "pedagogicamente fondata" come si evince da una prima analisi degli ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bologna, in riferimento al SSD/M-PED 01.

METODO

Disegno dello studio

- 1) Descrizione interpretativa: nell'ambito della ricerca qualitativa, questa metodologia costituisce il tipo di studio più appropriato per fornire una descrizione "di base" di un evento. Al termine dell'indagine verrà elaborato un sommario completo di fatti o eventi, usando il linguaggio delle persone che vivono quei fatti o eventi. Negli orizzonti della ricerca qualitativa viene considerato il metodo migliore per conoscere il "chi, cosa e dove di un evento". I risultati di una descrizione interpretativa solitamente gettano le basi per ricerche successive, sia di tipo qualitativo che quantitativo.
- 2) Fenomenologico-eidetico (Mortari): per comprendere i fattori di significato dell'esperienza vissuta così come percepita dai partecipanti. Oggetto di indagine è la descrizione del fenomeno nella sua immediatezza, inteso come punto di partenza per effettuare un'analisi strutturale (Moustakas, 1994) finalizzate a far emergere le strutture sottostanti (underling structures) ricercando il significato fondamentale attribuito ad un'esperienza.

3) Descrizione interpretativa: nell'ambito della ricerca qualitativa, questa metodologia costituisce il tipo di studio più appropriato per fornire una descrizione "di base" di un evento. Al termine dell'indagine verrà elaborato un sommario completo di fatti o eventi, usando il linguaggio delle persone che vivono quei fatti o eventi. Negli orizzonti della ricerca qualitativa viene considerato il metodo migliore per conoscere il "chi, cosa e dove di un evento". I risultati di una descrizione interpretativa solitamente gettano le basi per ricerche successive, sia di tipo qualitativo che quantitativo.

4) Fenomenologico-eidetico (Mortari): per comprendere i fattori di significato dell'esperienza vissuta così come percepita dai partecipanti. Oggetto di indagine è la descrizione del fenomeno nella sua immediatezza, inteso come punto di partenza per effettuare un'analisi strutturale (Moustakas, 1994) finalizzate a far emergere le strutture sottostanti (underling structures) ricercando il significato fondamentale attribuito ad un'esperienza.

Setting

Operatori sanitari esercenti nella provincia di Bologna e del Canton Ticino

Campionamento

Gli studi di descrizione interpretativa e fenomenologici-eidetici si focalizzano in profondità su campioni il cui numero è contenuto, (FINO anche A CONTEMPLARE I singoli casi, selezionati in modo finalizzato - proposeful sampling). La logica e la forza di questo campionamento risiede nella possibilità di selezionare casi più ricchi di informazioni, quelli dai quali è possibile apprendere molti aspetti di centrale importanza per lo scopo della ricerca e chiarire la questione oggetto di studio.

Criteri di inclusione

- Parlare e capire la lingua italiana
- Essere un operatore sanitario in esercizio impegnato attivamente nell'esercizio della professione
- Lavoro a tempo pieno in un setting sanitario o
- Impiegato da almeno (tempo)

Dimensione del campione

Data la natura eterogenea del campione per intensità e la focalizzazione dello studio sulla descrizione, si stima di raggiungere la saturazione dei dati con un campione di circa 15-20 operatori sanitari. Questo fornirà l'opportunità di ascoltare le descrizioni di molteplici situazioni circoscritte alle tematiche educative in relazione alle seguenti variabili:

- profilo professionale di appartenenza;
- sede di lavoro;
- esperienza professionale;
- formazione ricevuta;
- genere, età, essere/non essere genitore.

Reclutamento

Al fine di identificare gli operatori che soddisfano i criteri di inclusione, si provvederà a pianificare un incontro con il Responsabile/Direttore/Coordinatore di struttura (ancora da definire) al fine di descrivere in dettaglio le finalità dello studio ed esplorare le strategie per il reclutamento di potenziali partecipanti.

Alcune strategie suggerite per reclutare il campione richiesto comprenderanno:

1) informare gli operatori per delineare i criteri di ammissibilità, lo scopo dello studio e le informazioni per contattare il ricercatore principale tramite i seguenti canali: mail, incontro, riunione.

2) "campionamento a valanga": questa tecnica di campionamento identifica i casi di interesse chiedendo ad alcune professionisti se conoscono individui che potrebbero costituire buoni partecipanti allo studio. In questo caso al Responsabile/Direttore/Coordinatore sarà richiesto di individuare alcuni operatori che a suo avviso sono in grado di fornire una descrizione ricca del fenomeno oggetto di studio. Inoltre, alla fine di ogni intervista, a ogni partecipante allo studio può essere chiesto di suggerire altri operatori che possono essere in grado di parlare della questione in esame.

3) campionamento secondo "testimoni privilegiati" (Lumbelli).

La raccolta dati

In questo studio i dati verranno raccolti tramite interviste individuali semi-strutturate. Gli argomenti che verranno discussi durante il colloquio verranno sollecitati dalle seguenti domande:

- qual'è l'idea di buon educatore?
 - Associa tre parole al termine educazione
 - Quante di queste parole/rappresentazioni corrispondono all'esperienza professionale?
 - In modo particolare, c'è un esempio da raccontare?
 - Quali sono i limiti vincoli/trappole che ostacolano i suoi interventi educativi?
 - Pensa che il suo essere (uomo/donna, giovane/non giovane, genitore/figlio...) incida sul suo operato?
 - Pensa che la sua formazione sia stata idonea a sostenere le sue pratiche educative (comunicative e relazionali?)
 - Si sente un educatore quando svolge la sua funzione? Chi educa (la persona, i familiari)?
- Per quali obiettivi (per la malattia, per la salute, per una progettualità?)

Analisi dei dati

La raccolta e l'analisi dei dati avverrà contemporaneamente. Ogni focus group sarà trascritto parola per parola con precisione. Data la natura esplorativa di questo studio, i dati saranno analizzati mediante l'analisi qualitativa dei contenuti. Inizialmente sarà svolto un processo di codificazione di primo livello, o di linea per linea, in cui alle frasi chiave saranno assegnati uno o più codici appropriati. Seguirà un secondo livello di codifica per identificare sub-categorie e per stabilire le relazioni tra le categorie. Infine, i temi chiave saranno sviluppati attraverso un processo di interpretazione delle risposte dei partecipanti.

Considerazioni etiche

Tutti i partecipanti allo studio riceveranno una lettera di informazioni che descrive lo studio e un modulo di consenso. Ai partecipanti sarà chiesto di firmare e restituire il modulo di consenso; la riservatezza di ogni partecipante sarà mantenuta. La partecipazione allo studio è volontaria e i partecipanti possono scegliere di ritirarsi dallo studio o interrompere l'intervista in qualsiasi momento. Non ci sono danni o vantaggi noti per i soggetti che partecipano a questo studio qualitativo descrittivo.

1.5. La ricerca: aspetti metodologici

1.5.1. Il campione e la confidenza con la pedagogia

Per la realizzazione della ricerca sono stati condotti 7 focus group della durata di circa un'ora trenta ciascuno con operatori sanitari appartenenti al seguente profilo professionale:

Medici

Infermieri

Ostetriche

Fisioterapisti

rispettivamente della provincia di Bologna (ventisei operatori) e del Canton Ticino (tredici operatori).

Il campione è composto da:

39 operatori sanitari, di questi 16 (41%) di sesso maschile e 23 (59%) di sesso femminile.

L'età media è di 42,8 anni con una mediana di 43 anni e un'esperienza lavorativa media di circa 15 anni. Non è stato possibile pervenire ad una età media lavorativa dell'intero campione, dato che alcuni operatori non hanno risposto al quesito.

I dati anagrafici sono stati raccolti in un questionario distribuito all'avvio dei focus group, contenente anche una parte riguardante una breve indagine sulle loro conoscenze pedagogiche. Nello specifico si è indagata: 1. la frequenza o meno a corsi di pedagogia; 2 la capacità di dare una definizione di pedagogia; 3. La definizione di pedagogia.

Alla domanda hai mai seguito corsi di pedagogia?

Quindici operatori (38,5%) rispondono affermativamente, mentre il 56,5%, (ventidue partecipanti), risponde di non aver mai seguito corsi di pedagogia. Solo due persone non rispondono al quesito.

Al quesito sapresti dare una definizione di pedagogia? Il 77% (trenta partecipanti) risponde di sì mentre otto soggetti (20,5%), dichiara di non saper dare una definizione di pedagogia; una sola persona non risponde alla domanda.

A coloro che hanno risposto affermativamente si chiede di dare una definizione di pedagogia (*se sì la pedagogia è...*) per sondare le effettive conoscenze in merito e la concordanza tra l'autopercezione e la reale conoscenza in merito. Tra coloro che dichiarano di saper dare una definizione la pedagogia, solo due non ne esplicitano alcuna descrizione.

Mettendo in relazione le variabili esaminate – 1. aver seguito un corso di pedagogia, 2. essere in grado di darne la definizione, 3. dare la definizione di pedagogia - emerge quanto segue:

- due partecipanti che hanno seguito corsi di pedagogia non sono stati in grado di darne in seguito una definizione.
- Quindici operatori (38.5%) che non hanno frequentato corsi di pedagogia sono stati in grado di dare una loro definizione di pedagogia, le cui risposte sono riassunte nella tabella 1
- Dei tredici operatori che dichiarano di aver seguito corsi di pedagogia, solo uno non ha dato alcuna definizione. Nella tabella 2 vengono riportate le definizioni di pedagogia date

<i>La pedagogia è</i>	1. Educazione, relazione tra individui con fini educativi, studio delle dinamiche interpersonali
	2. Di insegnamento
	3. Di insegnamento e comunicazione
	4. Teorie e metodiche dell'educazione
	5. Scienza dell'insegnamento e formazione
	6. Lo studio delle tecniche e dei problemi legati all'istruzione e all'educazione
	7. Scienza che studia l'educazione dell' uomo preso nella sua interezza
	8. È la scienza che studia la formazione-sviluppo-personalità dell'essere umano
	9. Scienze dell'educazione
	10. Scienza che si occupa dell'educazione e della formazione dell'individuo (bambino/adolescente/adulto)
	11. In realtà so poco. Penso che la pedagogia sia una scienza che si occupa dell'educazione dell'uomo per aiutarlo a fare emergere le qualità e le attitudini positive contenendo e limitando gli aspetti negativi che possono provocare sofferenze e disagio personale e sociale
	12. Scienza legata all'educazione, insegnamento
	13. Educare in vari contesti e a varie persone delle tecniche operate in ambito ospedaliero e non
	14. La scienza di trasmettere nozioni o contenuti ad altre persone utilizzando tecniche particolari
	15. Si occupa dello studio dell'educazione

TAB. 1. Definizione di Pedagogia di chi non ha seguito corsi

<i>la Pedagogia è</i>	1. Studio del comportamento
	2. Scienza che studia l'educazione e la crescita dell'individuo
	3. È una scienza che si occupa dei modelli educativi
	4. Arte di educare
	5. È la scienza che si dedica allo sviluppo della personalità dell'essere umano essa si avvale di altre discipline e/o scienze come la psicologia, sociologia e antropologia
	6. Studio approfondito del bambino
	7. Capacità di insegnare di poter attivare dei percorsi in modo da riuscire ad utilizzare la migliore modalità per far apprendere, per trasmettere un concetto, dei contenuti che siano compresi da chi ti sta di fronte
	8. Delle modalità e forme dell'educazione finalizzata al trasferimento e apprendimento di conoscenze e abilità.
	9. Di formare figure educative rivolte ai diversi contesti
	10. Scienza che si occupa dell'educazione e formazione delle persone
	11. È la scienza che definisce gli elementi della formazione e ne indica le linee di apprendimento, (metodi strumenti)
	12. Porta ad ascoltare, formare informare capacità di compliance conoscere bisogni limiti educare etica accompagnare

TAB.2. Definizione di Pedagogia di chi ha seguito corsi

Una sola persona definisce la pedagogia come “la scienza che si occupa dell'educazione”, ma non è stato possibile comprendere se tale definizione sia correlabile alla frequenza di un corso, dato che non ha fornito risposta in merito. È interessante notare come anche chi dichiara di non aver seguito alcun corso specifico si sente in grado di dare una definizione di pedagogia, infatti sono solo sette le persone (18%) che dichiarano di non aver seguito alcun corso di pedagogia e che non danno una definizione in merito.

Le definizioni date, al di là della loro correttezza, vengono ricondotte in alcune categorie che vedono la pedagogia spesso come sinonimo o associata a :

- educazione e modelli educativi
- insegnamento/istruzione/formazione/trasferimento delle conoscenze
- studio del comportamento

1.5.2. Procedura

Nel mese di settembre 2012 il protocollo di ricerca è stato inviato via mail, previa lettera di accompagnamento, ad alcuni Direttori/Coordinatori sanitari e/o Operatori responsabili di dodici servizi sanitari della provincia di Bologna. Tra questi tre non hanno aderito al progetto, nonostante i abbiano dimostrato vivo interesse ed espresso pareri positivi alla ricerca e alla tematica. Alcuni hanno attribuito all'implicazione organizzativa il maggior vincolo all'indagine, che avrebbe richiesto al personale di partecipare ai focus group fuori dall'orario di servizio, in un tempo in cui la *spending review* nel ridistribuire i fondi per la spesa sanitarie, ha aumentato i carichi di lavoro del personale sanitario, domandando chi sta già esercitando di rispondere alle esigenze organizzative, spesso con un aumento dell'orario di lavoro. In questo caso, a parere di due Direttori, la disponibilità alla ricerca sarebbe stata data nella misura in cui fossero utilizzati dei questionari per raccogliere i dati.

Un solo Coordinatore di una struttura sanitaria ha posto come vincolo la necessità di passare attraverso il Comitato etico dell'Istituto con l'avvio di una procedura che avrebbe richiesto una dilatazione dei tempi per la realizzazione dell'indagine.

Diversa e ancor più difficile è stata l'adesione per quanto riguarda i Servizi esteri. Tradotto in lingua inglese il protocollo di ricerca è stato inviato via mail ad una decina di Direttori/Responsabili di Servizi sanitari e universitari esteri che, a seguito di una ricerca bibliografica, si caratterizzavano per via di progetti educativi e formativi presentati, in linea con l'indagine. In modo particolare il riferimento va ad alcuni Enti ospedalieri e Istituti universitari della Gran Bretagna e della Svizzera. Soltanto l'Ente Ospedaliero Cantonale del Canton Ticino, (Svizzera) ha risposto al progetto dimostrando fin da subito interesse e disponibilità fattiva alla ricerca. In modo particolare questa adesione si deve al contatto diretto avuto con un membro dell'Osservatorio per le Medical Humanities di Bellinzona che ha reputato il progetto di ricerca in linea con le finalità dell'Osservatorio stesso.

Dopo alcuni contatti con i Direttori del Servizio assistenziale e due sopralluoghi a Bellinzona è stato possibile realizzare i focus group coinvolgendo gli operatori in servizio presso la Clinica di riabilitazione di Novaggio.

Per la realizzazione dei focus group i Direttori e/o Coordinatori dei servizi che hanno dato la loro disponibilità si sono impegnati personalmente mettendo a disposizione spazi e tempi adeguati, contattando direttamente gli operatori.

1.5.3. Metodologia e strumenti

Per la conduzione del focus group si è fatto riferimento ad una *interview guide* costante elaborata sulle aree che si desiderava indagare. Senza particolari variazioni, se non minime, tutti focus group i hanno fatto riferimento alla stessa griglia di domande per essere proposti con la stessa metodologia.

All'inizio, dopo la consegna di una scheda raccolta dati anagrafici e la presentazione generale da parte del conduttore, sono stati distribuiti tre post-it per partecipante, chiedendo di associare tre parole (aggettivi, immagini, metafore o analogie) al concetto di educazione.

Come rito di apertura, già sperimentato dallo scrivente in altri focus group come tecniche «rompighiaccio»¹⁶, si voleva introdurre con gradualità i partecipanti nel vivo del discorso, utilizzando forme e modalità che non fossero imbarazzanti o distanzianti. Il desiderio era quello di creare un ambiente rilassante per portare l'indagine ad un confronto informale, privo di aspettative o protagonismi personali, dove tutti si sentissero incoraggiati di raccontarsi. Il fatto che ciascuno potesse partire scrivendo la propria idea sull'educazione ha fatto sì che fin dall'inizio, nessuno si sentisse costretto ad intervenire e rispondere per convenzione.

I post-it una volta scritti sono stati attaccati sul tavolo, creando visivamente un “territorio giallo” dal quale è stato possibile avviare le discussioni che partivano dai commenti di quanto scritto su, cui sono state via via formulate le seguenti domande:

1. Quanto ritenete che queste parole corrispondano alla vostra pratica sanitaria?
2. Chi educate? Per quale fine?
3. Vi sentite educatori quando svolgete la vostra funzione professionale?
4. Quali sono i limiti/trappole che ostacolano i tuoi interventi educativi?
5. Pensate che la vostra formazione sia stata idonea per svolgere interventi educativi?

¹⁶ Cfr. C. Albanese, S. Lorenzini (a cura di), *Femmine e maschi nei discorsi tra compagni di classe*, op. cit., pag. 89.

Al termine della discussione è stato consegnato un foglio per raccogliere l'indice di gradimento per la partecipazione al focus group, dando la possibilità di scrivere anche gli eventuali apprendimenti derivanti dal confronto e di proporre suggerimenti e considerazioni.

Questa traccia di conduzione è stata testata preliminarmente in un focus group di prova con operatori-conoscenti che spontaneamente si sono resi disponibili. Complessivamente lo strumento si è rilevato adeguato, poiché capace di stimolare la discussione sui temi oggetto della ricerca, in un clima di coinvolgimento e collaborazione, concedendo ai partecipanti un sufficiente spazio di espressione e confronto.

1.5.4. Analisi del materiale

Previa autorizzazione i focus group sono stati audio registrati e integralmente trascritti, completati con le note e i commenti del conduttore e dell'osservatore - che è stato presente nei focus realizzati presso la Clinica Riabilitativa di Novaggio - e con l'elenco dei post-it attribuiti alla parola educazione.

Per analizzare il contenuto ci si è avvalsi di una procedura qualitativa che ha suddiviso le parti del focus in base alle sezioni e domande previste nella *interview guide*. Per ciascuna domanda sono stati sintetizzati i principali contenuti emersi. Le trascrizioni sono state analizzate singolarmente, annotandone i temi principali. Da questa prima analisi sono emerse categorie tematiche comuni ai diversi focus group. Di seguito i contenuti sono stati di nuovo analizzati, a partire dai temi principali, ponendo una maggiore attenzione ai processi e alle specificità emerse.

Per l'analisi dei post-it è stata utilizzato una lettura quantitativa volta a verificare la frequenza con cui i singoli lemmi sono stati scritti e raggruppati in relazione a categorie tematiche.

1.6. I risultati della ricerca

1.6.1. L'educazione scritta sopra a un post-it

All'inizio di ciascun focus group sono stati consegnati tre post-it per partecipante invitando ciascuno a scrivere un massimo di tre parole – una per post-it - da associare al concetto di educazione.

Nel corso dell'indagine sono stati consegnati un totale di 117 post-it e raccolte 109 parole. Non è stato possibile ricavare una perfetta corrispondenza tra parole scritte e post-it consegnati, in quanto non tutti hanno utilizzato i tre post-it a disposizione, mentre altri hanno scritto all'interno di un solo post-it più parole o frasi con concetti talvolta articolati (come ad esempio: *cercare di dare regole e comportamenti compatibili con il progetto*). Se questo fenomeno ci ha impedito da un lato di definire esattamente un indice di frequenza delle parole scritte, dall'altro ha messo in luce la difficoltà di alcuni operatori a contenere e condensare in sole 3 parole la propria rappresentazione di educazione.

Le espressioni scritte, come si vedrà, sono molteplici.

Cercando di raggruppare le parole, includendo soltanto i post-it con una singola associazione e le definizioni il cui indice di frequenza è risultato di ≥ 2 , è stato possibile ricavare la tabella 1

1. Insegnamento/insegnare/istruzione	12
2. Rispetto	9
3. Crescita/far crescere	6
4. Bambini/bambino/bimbo	3
5. Conoscenza/conoscenze	3
6. Informare/informazione/scambio informazioni	3
7. Scuola	3
8. Tirar fuori	3
9. Sviluppo/sviluppo della personalità/ sviluppo delle capacità	3
10. Accompagnare	2
11. Ascoltare/ascolto	2
12. Evoluzione	2
13. Famiglia	2
14. Formazione	2
15. Genitore	2
16. Trasmettere know how/trasmissione	2
17. Aiutare a diventare autonomi/aiuto per gli altri	2

Analizzando la tabella, la prima riflessione si lega alla tipologie di parole che troviamo scritte. La maggior parte di esse sono *sostantivi* che indicano una condizione, uno stato o una caratteristica che, per traslazione o analogia, è stata accostata e attribuita all'educazione, senza far riferimento in questo caso ad alcun giudizio qualitativo o di valore, come sarebbe stato invece se fossero stati scritti degli aggettivi. I sostantivi riportati restituiscono un'idea di educazione definita per analogia, come: *l'educazione è insegnamento, l'educazione è evoluzione oppure è crescita*.

Il principio dell'analogia che sorregge tale attribuzione si avvale del fatto che la presunta somiglianza – seppur non semantica - di due termini possa far inferire mentalmente un certo grado di similitudine tra di essi. Nonostante il loro significato denotativo sia comunque differente – prendiamo educazione e insegnamento, ad esempio - i due termini non solo risulterebbero comparabili, ma ancor più analoghi.

Questo vale anche per quei sostantivi espressi nella loro formula associativa collegati alle circostanze dell'educazione. Lo vediamo con le parole *rispetto* e *scuola* ad esempio, il cui significato è ricondotto e trasferito ad uno più ampio, che nel caso specifico è quello di educazione. Lo stesso vale per *genitore* e *bambino* che nel rappresentare l'esempio certamente più caratteristico della relazione educativa, vengono associati per trasposizione al concetto di educazione.

Sia per analogia o per associazione i sostantivi scritti nei post-it non sono da intendersi semanticamente come sinonimi stretti del termine educazione, ma lemmi ad esso collegati con allusioni tutt'altro che velate.

Oltre ai sostantivi la tabella raccoglie anche dei verbi che nello specificare un'azione potrebbero indicare la finalità e la direzione dell'educazione. *Insegnare, far crescere, tirare fuori, informare, accompagnare e aiutare* sono in primo luogo azioni connesse all'educazione. Sono accomunati dal fatto di essere verbi transitivi che fanno passare l'azione dal soggetto all'oggetto, e in questo caso specifico, da soggetto (educatore) a soggetto (educando) mettendo in evidenza quella che potrebbe essere considerata anche la finalità dell'educare. Data questa linea interpretativa l'educazione *fa crescere, tira fuori*, ma anche *accompagna e aiuta*.

Il confronto tra le parole prese nei loro significati e tratti attributivi, mette in luce la presenza di numerose unità semantiche tra loro anche divergenti, mostrando la sussistenza di rappresentazioni differenti dell'educazione.

I post-it riportano parole che nascono da logiche associative proprie di ciascun partecipante che le ha percorse, con ogni probabilità, sulla base di assonanze sociali e/o individuali.

Sono, infatti, parole che evocano e suscitano i racconti dell'educazione; parole che destano immagini, emozioni e ricordi personali che ciascuno per analogia ha attribuito e ricondotto al temine educazione.

Dalle parole scritte sui post-it si ricava un ricco lessico sull'educazione che richiama la pluralità di sguardi e di esperienze che raccontano, in modo parziale, una tradizione e una cultura diffusa sull'educazione.

Intrecciando e raccordando tra loro gli aspetti denotativi delle singole parole è possibile tracciare dei percorsi descrittivi che ci permettono di comprendere con quali caratteristiche l'educazione tende ad essere messa in relazione e dunque interpretata. Si tratta cioè di comprendere in quali classificazioni e classi tipologiche l'educazione tende ad essere caratterizzata.

Andando ad includere anche le parole con un indice di occorrenza uguale a 1¹⁷ è possibile delineare le seguenti categorie associative:

1. educazione e immaginari della *scuola*: insegnare, conoscenza, scuola, formare, addestramento, libro, maestra, materia, studio, trasposizione didattica;
2. educazione e *condotta sociale*: rispetto, buon esempio, galateo, buone maniere, disciplina, coercizione, società;
3. educazione e fenomeno per la *crescita*: sviluppo, evoluzione, crescere, diventare autonomi;
4. educazione in relazione ai *soggetti dell'educazione*: famiglia, genitori, bambino, adulto, guida;

¹⁷ Nella tabella che segue le parole con indice di occorrenza 1.

A tutte le età; Addestramento; Adulto; Buon esempio; Buone maniere; Cambiamento; Cammino; cercare di dare regole e comportamenti compatibili con il progetto; Coercizione; Comportamento "corretto"; Comunicazione; Consegna; Disciplina; Divertimento; Educazione = comportamento e mentalità; Educazione come perfezionamento; Galateo; Guida; Il meglio di te; Incanalare; Individuale; Libro; Maestra; Materia; Mettere a conoscenza; Modo di agire; Modo di comportarsi; Modo di rapportarsi; Ordine; Passione; Pazienza; Pedagogisti: Piaget, Rousseau; percorso comune di una comunità; Praticare; Prendersi cura; Preparazione; Progettare creare; ricerca comune, metodo della conoscenza; Riconoscere bisogni/limiti; riparazione; Situazione; Società; Sole; Studio; Trarre il possibile dal soggetto; Trasposizione didattica.
--

5. educazione come espressione delle *sue finalità e azioni*: accompagnare, tirare fuori, trasmissione, ascoltare, comunicazione, informare, trasmettere, incanalare, aiutare.

Richiamando le immagini dell'educazione, attraverso i loro nessi e significati, queste categorie aprono ai diversi modi di intendere e, molto probabilmente, di agire l'educativo. Ciascuna rappresentazione progetta e presuppone un mondo di riferimento carico di simbolismi e significati dei quali forse non sempre si è consapevoli. Spesso, infatti, sono tacite o ancor più latenti pur proiettando il modo di intendere e vivere l'educazione che, come in questo caso, passa attraverso l'uso di una parola. Sono rappresentazioni e modelli che si insinuano come punti di vista, opinioni personali, convinzioni che trovano il loro volto nella materialità educativa. Sarebbe pertanto interessante comprendere quali siano le fattive rappresentazioni e le ricadute educative di chi intende l'educazione come fenomeno di sviluppo della condotta sociale - in riferimento alle parole galateo o coercizione - o chi invece, l'ha legata alle parole diventare autonomi ed evoluzione, associando l'educazione al fenomeno del crescere.

Vi è quindi un immaginario pedagogico dentro ciascuno di noi che guida i modelli di educazione che spesso vengono agiti in modo arbitrario e inconsapevole. Se è tanto è a livello generale, stando alle dinamiche educative che ciascuno vive quotidianamente nelle vesti di genitore, figlio o anche educatore (sportivo, di gruppi, di parrocchie o di associazioni), lo sarà anche quando si è chiamati ad esprimere una competenza professionale che si connota per la sua alta complessità pedagogica, come avviene nei contesti sanitari.

1.6.2. L'educazione nella pratica sanitaria: analogie e corrispondenze

Dopo aver chiesto di spiegare l'idea di educazione, stimolando nel contempo un confronto che partisse dalle parole scritte (i post-it sono stati lasciati nel mezzo del tavolo per l'intero svolgimento del focus group), l'indagine è continuata sul versante dell'educativo sanitario.

Con la domanda - *Quanto ritenete che queste parole corrispondano alla vostra pratica sanitaria?* – si è entrati nel cuore dell'indagine.

Un primo dato che si rileva riguarda che in nessun focus group si registrano pause di riflessione o segnali di esitazione da parte dei partecipanti al seguito della domanda. In

un modo che si potrebbe definire corale, spesso per via del clima che si era venuto a creare durante discussione sulle parole dei post-it, si raccoglie una piena corrispondenza tra quanto attribuito come educazione nella sua accezione generale con quella più specifica, declinata cioè al contesto professionale dei medici, degli infermieri, delle ostetriche e dei fisioterapisti.

Molti operatori, infatti, hanno espresso in modo indistinto e immediato il loro grado di accordo al quesito, come nel caso:

Si, per me ci stanno tutte, specie nel mio lavoro, le sento proprio mie...(infermiera, Bo)

Certo, l'educazione fa parte del nostro lavoro....(medico, CH)

Si li ritrovo tutti (fisioterapista, CH)

Altri, invece, sono entrati più nel dettaglio, scorrendo ogni singola parola incalzandola con un breve commento, come:

Si, certo...noi insegniamo tutti i giorni, tiriamo fuori. Idem, accompagnare...si, in tutti i sensi (infermiera, CH)

La maggior parte dei partecipanti ha indicato la propria corrispondenza partendo da una o più parole scritte sui post-it per riportare il discorso al proprio specifico professionale, con esempi concreti che già in questa fase hanno svelato alcuni frammenti dell'educativo sanitario. Ad esempio:

*Educazione è **insegnamento** di regole, a prescindere che siano positive o meno. Nel nostro lavoro effettivamente di regole noi cerchiamo di trasmetterne molte, come medici...(medico, Bo)*

***Insegnare**....noi insegniamo alla persona ad essere autonoma, concetto non compreso dall'esterno, invece il nostro lavoro è proprio basato sulle strategie e sulle attività che ti rendono autonomo. Come a un bambino insegna a tirar fuori le potenzialità, noi insegniamo le competenze. (fisioterapista, Bo)*

*Anche **insegnare**.....ai nostri pazienti che sono anziani dobbiamo **reinsegnare** a camminare, dopo che un evento ha cambiato la loro vita, dobbiamo insegnare loro cose che prima erano naturali (Fisioterapista, CH)*

*...siamo anche un po' **maestri** perché con il tempo e gradualmente facciamo comprendere a chi ancora non si è calato nel ruolo di genitore, cosa accade dopo il parto....(ostetrica, Bo)*

Sono testimonianze che rimandano ad un pensare e ad un fare educazione legate alle attività dell'insegnamento e dell'apprendimento, con riferimenti più o meno velati al mondo della scuola. Lo vediamo quando l'ostetrica afferma che per educare i neo genitori diventa *un po' maestra*, oppure quando il medico e il fisioterapista si fanno insegnanti di regole e promotori dell'autonomia. Ma l'educazione non è solo sinonimo di didattica. Per sostenere l'ammalato l'educazione diventa un intervento sanitario vero e proprio, legato al mandato professionale, come è stato affermato da chi ha preso come riferimento la frase *aiuto per gli altri* scritta sopra ad un post-it:

*Certo, educazione è anche **aiuto per gli altri**....nel senso che noi non ci limitiamo solo a eseguire delle tecniche, ma interagiamo, coinvolgiamo, educiamo....*
(infermiera, Bo)

Emerge una nitida consapevolezza di quanto l'atto sanitario non possa esaurirsi nella sola riparazione del danno biologico: è qualche cosa in più. L'aiuto non è finalizzato alla sola malattia, ma la trascende dato che coinvolge la vita della persona, come ha detto l'operatore nel commentare la parola *cambiamento*.

***Cambiamento**....nel senso che noi portiamo il paziente a cambiare i comportamenti. Ad esempio li educiamo a modificare stili di vita o a usare strategie per problemi contingenti per far raggiungere una buona qualità di vita*
(fisioterapista, Bo).

La qualità della vita diventa un obiettivo implicito dell'educazione in sanità, ribaltando il paradigma biomedico che vedeva gli sforzi sanitari finalizzati a contrastare la malattia e ad allontanare la morte.

Si educa per promuovere un cambiamento, **tirando fuori** dalla persona – dice un infermiere della Clinica riabilitativa di Novaggio – affinché possa agire una trasformazione e raggiungere una qualità della vita accettabile. Perché ciò avvenga è auspicabile che operatore e assistito entrino in relazione e si alleino cercando di percorrere un itinerario che li accomuna, anche se per un breve periodo di tempo limitato alla cura. In questo modo l'educazione in sanità si presenta per analogia, come un cammino, prendendo come riferimento questa trascrizione:

***Cammino..** nel senso che bisogna percorrere un cammino insieme per raggiungere gli obiettivi di una buona qualità di vita in seguito all'evento patologico. (fisioterapista, Bo)*

Nel corso dei focus sono state molte le parole commentate che partendo da un'idea generale di educazione, sono state declinate per analogia alla pratica sanitaria, senza tuttavia entrare nello specifico dell'educativo. Prendiamo come esempio i commenti dati alle parole **rispetto, famiglia e divertimento**:

*certo, ci vuole **rispetto**....non mi piace il tu confidenziale. Il tu si dà in base al contesto, all'età, al rapporto intimo che si crea..., per questo ci sta anche **rispetto** per educare...(infermiera, Bo)*

*il **rispetto**...il rispetto è importantissimo, se non lo mettiamo in campo, non riusciremo mai a comunicare con le donne (ostetrica, Bo)*

***famiglia**...perché è il fulcro del nostro lavoro (ostetrica, Bo)
.....sì, la **famiglia** è ciò che sosteniamo, il rispetto verso la donna e la genitorialità (ostetrica, Bo).*

*Per me ci sta anche **divertimento**. Anche perché se non la butti sul ridere...questo non vuol dire sminuire o banalizzare il problema, ma prendere la cosa con un po' di leggerezza. (infermiera, Bo).*

Pur non riportando ad una materialità educativa propriamente intesa, queste parole evocano, rimandano e presentano sfumature su cui è possibile cogliere dei nessi con il contesto sanitario. Questa prima parte dell'indagine, che fa da ponte tra la sponda educativa nella sua accezione generale e quella sanitaria, fa emergere una certa facilità e confidenza degli operatori a rintracciare analogie e corrispondenze. Complessivamente è un dato importante che fa presagire quanto il fenomeno educativo, non solo sia riconosciuto, ma anche legittimato e per certi versi tesaurizzato.

Pur in assenza di costanti riferimenti concreti e pertinenti gli operatori, prendendo spunto da alcuni concetti generali, hanno avuto la possibilità di rendere dicibili le assonanze, i frammenti, le immagini e i ricordi che entrano in relazione con l'educativo sanitario.

Le parole hanno certamente lasciato delle tracce di un modo di pensare e di agire l'educativo sanitario. Tracce che comprendono anche aspetti metaforici come leggiamo

da chi, prendendo spunto da una rappresentazione scritta nei post-it, parla dell'educazione nella sua dimensione ideale e immaginaria.

Io vedo anche sole ...illuminante, non nel senso stretto, ma quando educi qualche persona, gli dai la luce, forse è troppo pretenzioso...però mi piace immaginarlo così. (infermiera, Bo)

1.6.3. Tra direzioni e mete dell'educativo sanitario

Per comprendere con quali forme, finalità e direzioni vengono espressi gli interventi educativi, sono state interrogate le esperienze concrete dei singoli operatori, attraverso quesiti diretti - *Chi educate? Come? Per quale fine?* - per entrare maggiormente nel vivo dell'indagine.

Anche in questo caso non si riscontrano indugi o rallentamenti nelle risposte. Con prontezza e sollecitudine sono emersi concetti e punti di vista che si diversificano in base al profilo professionale dell'operatore e al contesto di cura in cui esercita.

Entrando nello specifico, leggiamo di un medico di medicina generale di Bologna che dichiara:

Noi educiamo a tante cose: dall'assunzione del farmaco, agli stili di vita, ma anche alle scelte sanitarie; per esempio quando ci chiedono: "dottore, vado privatamente a fare la risonanza, oppure aspetto? Faccio una Tac oppure no?" Anche in questi casi siamo chiamati ad educare.

Un fisioterapista di Bologna, riferendosi al proprio profilo afferma:

Noi educiamo ad accettare la malattia: ad esempio, nei confronti degli anziani dobbiamo aiutarli a trovare un significato per accettare meglio la condizione.... Un anziano sa che è sul finire della vita e per questo lo si aiuta a vedere delle cose la dove non vede; l'educazione diventa una competenza trasversale che stimola a trovare una motivazione nonostante la malattia.

Risponde invece un'ostetrica:

La nostra funzione educativa non si esprime solo nelle cure pratiche come insegnare a cambiare il pannolino, a gestire il moncone ombelicale o nell'allattamento, ma interveniamo per rendere autonome le coppie soprattutto

nelle cure di sostegno e di crescita nei diversi ambiti, come nei corsi di accompagnamento alla nascita, nella degenza, oppure sostenendo le coppie specie in età avanzata quando hanno molti timori.

Mentre l'infermiera che lavora in un servizio di post acuti in un ospedale bolognese, afferma:

Dal momento che qui prepariamo alla dimissione, noi educiamo a far riprendere le attività di vita che avevano precedentemente, nei limiti del possibile. Ad esempio li stimoliamo molto a stare alzati, ad andare in bagno a ripristinare la continenza.... è tutto un'educazione su tutto Non dovendoci occupare dell'urgenza, ma del rientro a domicilio, ci occupiamo di una serie di educazioni tra cui la mobilitazione, l'igiene e il riprendere tutte le attività che riesce a fare

Pur succinte ed estrapolate da discorsi più organici, queste testimonianze delineano diverse facce dell'educativo le cui espressioni possono ricondurre a due grandi categorie: La prima, l'educazione come insieme di fatti concreti che si collega alla materialità della cura sanitaria sulla base degli obiettivi specifici di salute. È il caso degli interventi educativi proposti per l'assunzione di un farmaco, per la cura del cordone ombelicale o per insegnare le strategie per ripristinare la mobilitazione. Sono interventi educativi concreti con una valenza anche formativa nei confronti della persona messi in campo per la gestione della cura e della terapia. Essi mirano a facilitare l'apprendimento di nuovi comportamenti dettagliando le conoscenze, le azioni e gli accorgimenti da adottare in certe situazioni rendendo l'ammalato competente, come spiega un'infermiera:

....ad esempio per l'insulina. Noi educiamo su come farla seguendo le tempistiche idonee in relazione al pasto, spiegando ad esempio i sintomi della ipoglicemia...

La seconda, l'educazione come fondamento per promuovere l'adattamento alla nuova condizione di vita. È l'educazione rivolta alla sfera esistenziale della persona. Questa dimensione la troviamo ad esempio nel sostegno alle coppie per lo sviluppo della funzione neogenitoriale, nel recupero dell'autonomia in preparazione della dimissione ospedaliera e, ancor più nel cercare di stimolare quella *motivazione al vivere*, nonostante la malattia, cercando di far *vedere quello che non si riesce a vedere*, come ha dichiarato una fisioterapista.

La presa di coscienza da parte degli operatori che gli interventi educativi non sono diretti alla sola gestione della malattia, è un dato che non può passare inosservato. Leggendo tra le righe di alcune affermazioni si può comprendere quanto l'educazione venga considerata un processo che integra la malattia nella storia di vita della persona. Al centro degli interventi educativi non c'è tanto la malattia, quanto la persona e il suo vivere:

... siamo mossi da dei principi di fondo per cui a prescindere dalla patologia, dagli eventi e dalla situazione abbiamo il compito di aiutare il paziente a raggiungere la miglior qualità della vita possibile, sempre comunque per tutto il resto della vita. Talvolta siamo disposti a tutto per fare questo, anche le bugie e le omissioni ... perché, per esempio, se dico tutto ad un anziano sulla sua prognosi, solo per essere ineccepibile da un punto di vista professionale, vado a scapito della qualità della vita. Nella nostra professione c'è una continua ricerca dello stimolo, per contrastare le forme di depressione dell'anziano che se si rassegna, si spegne.... ma non solo per gli anziani, questo vale anche per i giovani. Pensiamo a Montecatone¹⁸.

Cosa fare allora?

Dobbiamo costruire le motivazioni definendo degli obiettivi che escono dalla prognosi pura.....(fisioterapista, Bo).

Interviene puntualizzando una collega:

Certe volte è vero, si educa alla malattia, ma il più delle volte noi aiutiamo a far accettare la malattia, accompagnando la persona lungo il suo percorso di vita, come nel caso dell'Hospice, ad esempio, dove si cerca di prendere il meglio da tutti.... Così quando come fisioterapisti facciamo fare degli esercizi per la malattia sosteniamo la persona ad alzarsi per andare incontro ai suoi parenti o per vedere il sole che sorge....

il fisioterapista in questo caso dà il suo contributo aiutando all'accettazione di una condizione di vita...

Ma anche per l'ostetrica, che pur non avendo in prevalenza a che fare con situazioni patologiche, il riferimento alla centralità della persona si palesa negli interventi educativi.

Leggiamo:

Al di là dell'educazione alle cure materiali, noi ci riferiamo ad aspetti più sostanziali, oserei direi profondi. Ad esempio quando una mamma mi chiede: Come mi devo comportare quando il bambino non smette di piangere? Non significa da parte nostra insegnarle solo come lo deve prendere in braccio, ma

¹⁸ L'ospedale Montecatone situato nella zona collinare di Imola si occupa della cura e riabilitazione delle persone con esiti di lesione midollare e gravi cerebrolesioni acquisite. In particolare Montecatone costituisce il principale polo regionale di riferimento per le lesioni midollari (Centro "Hub") e uno dei 3 centri di riferimento regionale per le lesioni cerebrali acquisite.4, n.1 2009.

soprattutto come deve entrare in relazione con lui, come rispondere ai bisogni del bambino per rafforzare quella che è e sarà la competenza del genitore.

Si tratta di interventi educativi che sanno andare al di là di ciò che appare, per comprendere il bisogno implicito celato dietro ad una richiesta di aiuto, frutto della capacità - ma ancor più della disponibilità - dell'operatore di decentrarsi per poter *pensare i pensieri altrui*. In questo modo si spiega la ragione per cui dietro ad un intervento riabilitativo messo in campo per ripristinare una funzionalità persa, ci sia quell'intenzione di aiutare la persona ad *andare incontro ai parenti* oppure *a vedere il sole che sorge*.

Sono certamente intenzioni e orientamenti, o meglio «tasselli silenziosi» che compongono l'architettura delle rappresentazioni che costituiscono le menti di molti operatori guidando la direzione dei loro gesti di cura. Raramente però questi tasselli prendono voce sulle scene sanitarie.

Riprendendo le testimonianze recuperate dai focus group è altresì plausibile pensare che vi sia un implicito pedagogico nelle menti degli operatori, come quando l'ostetrica propone ad una neomamma una cura educativa più sostanziale - *o più profonda* riprendendo le sue parole - che non si limita al mero insegnamento di una tecnica di maternage.

Questa analisi ci consente di intravedere un territorio assiologico nitido, centrato prevalentemente sul *rispetto* (ricordiamo essere una parola con un maggior indice di frequenza sull'educazione, stando all'analisi dei post-it) assunto come premessa affinché gli interventi educativi siano mossi nella direzione della persona e del suo esistere, come ha enunciato con molta fermezza un'infermiera in servizio presso la Clinica riabilitativa di Novaggio (CH):

per educare è necessario innanzitutto aiutare le persone a non sentirsi delle "cose" in mano ad altre persone.

Dobbiamo far sentire loro che sono presenti nella cura e fanno parte della cura stessa e non devono subire nulla....

Dobbiamo renderli consapevoli e responsabilizzarli (si riferisce agli assistiti) che è il passo successivo a cui possono o non possono arrivare.

Non devono sentirsi carne da macello, ma devono tirare fuori le loro risorse anche disapprovando la prescrizione del medico se non sono d'accordo con il progetto.

Da queste parole sembra che la direzione dell'educazione protenda verso la creazione di spazi aperti per l'autodeterminazione del malato, facendolo sentire parte attiva nella cura. Quando coinvolto si riduce il rischio che avvenga l'espropriazione della soggettività che Ivan Illich ha denunciato negli anni 70 del secolo scorso¹⁹ come fenomeno tacito e, per certi versi ordinario, tipico dei contesti sanitari.

La rappresentazione dell'ammalato non è più quella di una *cosa in mano di altre persone*, ma di un soggetto libero che può scegliere, fino ad arrivare a disapprovare un progetto terapeutico.

Certo, educare significa stimolare l'autocura, risponde un infermiere anche egli del gruppo di Novaggio....e per questo noi dobbiamo cercare di tirare fuori tutte le potenzialità possibili, che non sempre si vedono, e questo non è facile.

Le testimonianze degli operatori si muovono nella direzione di un'idea di educazione che comprende in primo luogo la persona e la sua esistenza, un'educazione che tenta di decifrare l'implicito e che stimola all'autonomia. Ma non solo. Si palesa l'idea di un'educazione aperta al futuro e alle possibilità e che sappia, quindi, promuovere speranza come è stato testualmente riportato:

più che donarla noi manteniamo via la speranza, perché non va mai spenta. In modo onesto siamo chiamati a mantenere la speranza della qualità della vita, senza false illusioni...(fisioterapista, Bo).

Continua su questo argomento una collega:

la speranza va promossa sempre, ad ogni livello e per ogni patologia. Ad esempio nel fine della vita la speranza è quella di non restare solo.

Prende la parola un altro fisioterapista che dettaglia ancor più il concetto descrivendoci una scena tipica del quotidiano sanitario:

....la speranza la vediamo nei pazienti terminali quando aspettano l'arrivo del fisioterapista. Loro ci tengono molto. Anche quando non puoi fare nulla. Loro sperano nel tuo arrivo e tu sei lì.

Nell'insieme emerge una rappresentazione di educazione che non si discosta più di tanto dagli orientamenti e dalle finalità che la pedagogia mette in campo per le figure professionali con profili formalmente educativi. Viene da domandarsi quindi se medici,

¹⁹ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*,

infermieri, fisioterapisti e ostetriche possano essere ritenuti veri e propri educatori stando alle funzioni professionali che esprimono.

Nel paragrafo successivo cercheremo di analizzare il punto di vista degli operatori su questa tematica.

1.6.4. Essere o fare l'educatore?

Alla domanda “*Vi sentite educatori quando svolgete la vostra funzione professionale?*” si palesa fin da subito un velo di titubanza retto da un tempo sospeso nel silenzio, preso molto probabilmente per riflettere su una domanda inaspettata e certamente inedita. Questo è il primo dato che si rileva confrontandoci con i tempi delle risposte date ai quesiti precedenti. Ma non solo, la differenza non si registra nella sola esitazione iniziale, ma anche nelle opinioni divergenti all'interno dello stesso gruppo, come accaduto nel focus group dei medici di Novaggio:

Mah...educatori è una parola grossa...

Segue un collega:

io invece penso di sì, è nostro dovere fare educazione sanitaria..., fa parte del nostro ruolo educare, anzi...più che educare è informare.

Ecco sì! – risponde il primo – informare più che educare.

Nonostante gli stessi operatori avessero già riconosciuto una funzione educativa dell'esercizio medico - *noi educiamo per cercare di cambiare gli stili di vita o per far accettare una terapia* – alla domanda sul sentirsi o meno degli educatori, la risposta si rivela invece incerta e insoluta. Troviamo un tale fenomeno anche nei medici di medicina generale del gruppo di Bologna:

c'è una bella differenza tra “voi vi sentite e voi fate”... Perché con il “vi sentite” potremmo anche non sentirci... Il nostro ruolo ci porta ad essere educatori, ma non lo facciamo malvolentieri, non è una imposizione, siamo tenuti a educare perché ci compete come medici.

Continua un collega:

Certo, lo facciamo inconsapevolmente (l'educazione) e per questo forse non ci sentiamo educatori.

Ancora:

Noi medici di famiglia siamo dei dilettanti, tra virgolette, nel senso che siamo educatori, ma non siamo professionisti educatori, siamo psicologi senza esserlo, ci prendiamo questa funzione anche perché alla fine ci piace... visto che abbiamo scelto di non fare i neurochirurghi vuol dire che ci piace proprio avere rapporti con le persone.

Se all'unanimità si palesa un riconoscimento della funzione educativa come ambito legittimo dell'esercizio sanitario, per quanto riguarda il sentirsi e/o il fare l'educatore non vi è accordo.

Una spiegazione la possiamo attribuire al significato della parola educatore che nella lingua italiana viene utilizzata sia per indicare i professionisti dell'educazione con un profilo specifico – insegnanti, educatori dell'infanzia – sia per coloro che esercitano una funzione educativa senza alcun titolo, come nel caso dei genitori, degli animatori e via dicendo.

Il sentirsi educatori si legherebbe più che altro alla disposizione interna che non è connessa al solo ruolo professionale propriamente detto, in quando coinvolge l'assetto personale di ciascun operatore, come notiamo dalla risposta incisiva di un'infermiera di Bologna:

Si, hai voglia! Mi sento educatore qui al lavoro, come in famiglia.

Anche il gruppo delle ostetriche si raccoglie attorno all'affermazione del “sentirsi educatore” anche se qualcuna ha moderato il proprio consenso esprimendo una tendenza all'impegno più che alla concreta riuscita:

Si, ci proviamo perlomeno.

Il fatto di percepirsi come un educatore risente anche della possibilità di giungere alla consapevolezza più approfondita della propria funzione professionale. Si tratta di un processo graduale che richiede la piena disponibilità ad una pratica riflessiva centrata sull'esercizio professionale, come dice un fisioterapista del Canton Ticino:

Si mi sento (educatore). Ma è una cosa che si scopre con la professione. L'importanza e l'attenzione all'educazione, come per la comunicazione, le impari lavorando negli anni, anche perché la formazione classicamente è molto centrata sugli aspetti tecnici e solo nel tempo impari che la tecnica è meno importante della relazione. Dico questo perché non ho seguito corsi di pedagogia, ma sul campo ho imparato tutto.

La consapevolezza del proprio ruolo e della funzione educativa si dà nella capacità di sviluppare forme di conoscenze non ancorate alla routine, ma aperte alla scoperta e all'apprendimento che deriva in primo luogo dall'esperienza. Il paradigma che si profila è quello del "professionista riflessivo" presentato da Donald Shon²⁰, che agisce sulla base di una razionalità critica fondata sui saperi e sulle tecniche derivanti dalle discipline di appartenenza (nel nostro caso medicina, ostetricia, infermieristica e fisioterapia), ma che nel contempo è in grado di entrare in continuo "dialogo con il contesto". Tale capacità riflessiva prende corpo nel vivo dell'azione e non si limita al ripensamento ex-post dell'azione.

Agire riflessivamente significa, in larga misura, mettere in atto continue interrogazioni della realtà operativa per esplorarne diverse opportunità e potenzialità cercando di innovare, quando necessario, le risposte date con ovvietà ai problemi o la riproposizione irriflessa di soluzioni già sperimentate.

La riflessività è per molti versi un'estensione della riflessione: si ha allorché la riflessione include anche il suo soggetto. Perciò quando gli operatori sanitari si interrogano non solo su ciò che si presenta nel loro campo operativo, ma anche su sé stessi, sulle proprie modalità, sul grado di apertura di cui sono capaci e sulle capacità di apprendimento e auto-apprendimento, la funzione educativa si presenta nella sua complessità e soggettività.

La pratica riflessiva consente di dettagliare i confini e mettere in luce gli inediti che fino a quel momento non erano emersi, poiché latenti:

*Allora è chiaro, siamo educatori!
Siamo educatori di regole di vita, siamo educatori di come si prende una pillola, siamo educatori di come dovresti comportarti, educatori di modelli di stili e abitudini di vita, come il non fumare. Sei educatore nel momento in cui la famiglia si riunisce e vuole un parere, che non è un'occasione così frequente soprattutto per chi lavora in città. Tu vai a casa e ti trovi i tuoi pazienti e vedi*

²⁰ D. Shon, *Il professionista riflessivo*,

come vivono e si comportano.. sono occasioni importantissime nel quale hai come strumento l'educazione e tu diventi un educatore. (medico, Bo)

Riflessione e riflessività fanno da ponte mettendo in relazione le due principali realtà che costruiscono il sapere del professionista; ci riferiamo al suo *sapere* e al suo *sentire*. Tali realtà dovrebbero crescere insieme, nello spazio del loro connettersi e mescolarsi, dal momento che la cura sanitaria è costellata da saperi appartenenti sia alle scienze che alle esperienze.

Per il medico, l'infermiere così come per il fisioterapista e l'ostetrica la possibilità di riflettere sulla propria esperienza diventa l'occasione per aprire ai vissuti, ai sentimenti, ma anche alle contraddizioni e ai desideri che si incontrano negli altri e in sé. Significa, in altre parole, sviluppare l'autoconsapevolezza per entrare nella profondità del proprio lavoro dove accogliere, comprendere e coltivare le tante sfumature e i significati che trovano spazio nelle relazioni di cura.

Poiché attraverso il racconto e l'ascolto di storie di cura è possibile pervenire ad una maggiore comprensione del proprio ruolo e dell'identità professionale, nel corso di tutti i focus group è stato chiesto di far riferimento a storie contornate dall'educativo, incontrate e vissute in prima persona dai singoli professionisti.

La condivisione delle tante storie è stato un modo per creare un senso di appartenenza, permettendo di scorgere le tante trame con cui l'educativo si costituisce nelle realtà sanitarie.

1.6.5. Le trappole e gli inceppi dell'educativo

Con un incalzare ironico e un fare romanzato, racconta un medico del gruppo di Bologna:

*Per fare una sintesi, diciamo teatrale, del medico di famiglia oggi....
Immaginate un uomo seduto dietro ad una scrivania con 15-20 persone che aspettano in sala d'attesa e il telefono che suona ogni 3 secondi.
Poi ci sono i pazienti che arrivano di corsa per una ricetta che vogliono passare davanti agli altri discutendo con quelli in attesa....Capite, siamo in trincea! (ridono)
E in tutto questo dobbiamo educarli. E' una gara durissima. È ovvio che se non hai personale, tu medico devi fare da filtro, soprattutto quando si incattiviscono.
Poi c'è chi fa il furbo e lo capisci che vuole entrare senza appuntamento... Per questi ho trovato una strategia: se non ha 40 di febbre, lo faccio aspettare*

un'oretta e mezza (ridono)...L'altro giorno ne ho fatti passare avanti sei con appuntamento...e così ho cercato di educarlo... sperando che abbia imparato la lezione.

È faticosissimo. Educare i figli in confronto non è niente, rispetto ad educare i pazienti!

Questa cronaca mette in evidenza quanto la fatica delle cure sia un fenomeno tangibile che si esprime quotidianamente nelle scene sanitarie. Una fatica che non si lega tanto agli aspetti materiali delle pratiche, quanto a quelli organizzativi e interpersonali. Così la cura educativa con i suoi sistemi e prospettive non è da comprendere come fatto lineare e agevole dato che, come fenomeno umano e complesso, si presenta con le sue antinomie, denso di opacità, inceppi, fatiche e contraddizioni. Considerate queste problematicità, la ricerca ha avuto tra i suoi obiettivi l'esplorazione degli ostacoli e delle fatiche che gli operatori vivono nei confronti degli interventi educativi.

Dalle dichiarazioni raccolte nel corso dei focus group possiamo ricondurre gli elementi ostacolanti l'educazione in due grandi categorie.

La prima rimanda agli apparati burocratico-amministrativi delle organizzazioni sanitarie, la seconda fa riferimento propriamente alle resistenze che l'assistito mette e in campo e alle difficoltà relazionali che si manifestano durante gli interventi.

Per quanto concerne le trappole burocratico-amministrative, si sono raccolte numerose testimonianze, quali:

I tempi sono un ostacolo. Spesso non ti puoi dedicare come vorresti alle donne, ti senti quasi in colpa se ti siedi a parlare 2 minuti con loro, perché hai sempre da fare molte cose (ostetrica).

Il «molto fare» sembra impedire il «relazionale». Manca il tempo per offrire qualche minuto di conversazione alla donna e quando viene fatto *ti senti quasi in colpa*. In quest'ottica la cura della relazione può apparire un lusso, un sovrappiù dato che le cure sanitarie sembrerebbero svolgersi esclusivamente su impellenze che devono misurarsi con il poco personale, la troppa burocrazia e un clima generale che non facilita la relazione. Sembra infatti che chi coordina il gruppo di lavoro o ancor più chi lo dirige non sempre sia in piena sintonia con gli aspetti e le filosofie educative. Questo è un elemento di grande fatica per gli operatori. Leggiamo:

Certamente, la mancanza di tempo è un ostacolo, ma anche la fretta che non ti permette di lavorare bene. Il personale è insufficiente rispetto al numero di

donne, così come il tempo che ti viene sottratto dalla burocrazia....per non parlare del clima lavorativo che spesso è pesante per via di chi coordina il gruppo (ostetrica).

Oppure:

Le fatiche dipendono dalla filosofia di cura...In alcune strutture si adottano determinate filosofie di cura che non dipendono da te, ma dal livello gerarchico, chi è sopra di te che concepisce l'assistenza in un altro modo e questo ti condiziona nell'assistenza, come il cosa dire o non dire ai pazienti. (fisioterapista, CH)

Sono particolarmente i condizionamenti esterni di natura burocratica ad aggravare gli interventi educativi, rendendoli così complicati e faticosi. La burocrazia viene letta come realtà troppo lontana dalla clinica e dalle humanities creando frustrazione e talvolta senso di impotenza. Nel corso dei focus group, infatti, è stato possibile registrare un clima rassegnato per via di un appiattimento delle speranze e delle possibilità di cambiamento da parte degli operatori; per molti, quella con la burocrazia, è una battaglia già persa in partenza, riportiamo a tal riguardo:

Gli ostacoli?? Io li vivo solo con le cose che non hanno risolto clinico. Questo forse perché siamo più educati alle humanities che alle tecnocracies? Non lo so....La burocrazia a volte è stupida, ed è talmente stupida che ti fa perdere tempo in assurdo. La burocrazia oggi è stupida e domani lo sarà di più. È una lotta in cui tu perdi. In più ti fa perdere un sacco di tempo e ti fa incattivire le persone. Purtroppo anche se tu non sei responsabile, con chi si sfogano? Tu sei doppiamente frustrato dalla burocrazia, primo perché è stupido poi perché devi stare dietro al paziente. In questi anni non c'è stato un ascolto alle cose stupide....anzi aumentano, e tutti i giorni ce ne è una nuova. Aumentano i progetti politici,...siamo pieni di tesserini, qua c'è un chip non si sa chi scrive ne chi legge, serve solo per andare a ritirare i ricettari all'ASL. È una cosa assurda. (medici, Bo)

I registri di insensatezza escono fuori ancor più quando con pathos gli operatori raccontano fatti realmente accaduti, accendendo il clima e destando l'attenzione e il coinvolgimento di tutti i partecipanti. Continua il discorso un altro medico:

Mi sono ritrovata più di una volta, quando in passato avevamo i report sulla prescrizione dei P. (nome specifico), che mentre visitavo un paziente dovevo pensare di non soffermarmi sulla terapia ma sulla fascia del farmaco....Più volte mi sono chiesta: Cosa mi dicono se prescrivo questo farmaco?...Invece di pensare al tuo ragionamento clinico...

Io mi sono laureata per usare la semeiotica, e invece oggi mi trovo a combattere con il Pc e devo pensare alla nota, alla regola e a cosa dice.... Sono dentro fuori la regola? Questi condizionamenti mi danno fastidio, più che educare il paziente. Sono condizionamenti che mi intrappolano, certo!

Pressioni....siamo tutti noi....sono aver l'Asl che ti controlla, che ti fa i report. Che ogni tre mesi ti dice quanto hai speso, che hai prescritto troppi antidepressivi....l'ultima volta ci hanno detto: siete medici, non avete la libertà di scegliere....se dovete usare il S. (nome del farmaco) ce ne sono due generici..., questi due. Per gli antidepressivi non usate questa categoria perché non è genericato....le indicazioni sono talmente categoriche quasi coercitive....questa è una limitazione del nostro lavoro. E in tutto questo, cosa andiamo a spiegare al paziente?

Con la domanda *Quali sono i limiti/trappole che ostacolano i vostri interventi educativi?* formulata in questa fase dei focus group, gli operatori hanno avuto la possibilità di raccontare i fatti, esprimere i pensieri e condividere i vissuti palesando il loro senso di frustrazione legato al lavoro di cura. Se da un lato il mandato degli operatori sanitari è quello di promuovere, tutelare e ristabilire la salute del singolo, dall'altro, i vincoli organizzativi, economici e culturali che il sistema propone creano non poche difficoltà. Sono soprattutto le contraddizioni e i condizionamenti del sistema organizzativo a creare distonie con il sistema dei valori personali e professionali di ciascun operatore, generando non poca fatica, come afferma un medico:

io ho studiato medicina anche per educare il malato. Oggi però mi trovo condizionato dal sistema, dalla burocrazia e delle cattive educazioni e tutto questo è faticoso e non poco.... (medico, Bo).

Ma ad ostacolare l'educazione in sanità c'è anche altro. Pur con minor enfasi, gli operatori si sono riferiti anche alle fatiche connesse all'atto educativo in sé, facendo riferimento alle resistenze umane, connesse non soltanto allo stato clinico della persona, ma anche alla sua personalità e stato emozionale, Leggiamo:

L'apertura e la chiusura da parte dell'interlocutore. Se manca apertura e disponibilità non ha senso educare.... (infermiere CH)

Oltre alla volontà e alle disposizioni personali del singolo assistito, il riferimento viene fatto anche alle condizioni cliniche o ai vissuti di malattia:

ad esempio...nel caso di una amputazione non accettata, che porta la paziente alla depressione o altre volte all'aggressività...dobbiamo capire che non è facile educare (infermiera, CH)

Spesso l'ostacolo è il paziente che cognitivamente fa fatica a capire cosa deve fare stando ai tuoi insegnamenti. Ci sono pazienti con cui vai d'accordo e con altri in cui trovi delle resistenze....e qui devi imparare a gestirti (fisioterapista, CH)

Continua un collega nel corso di un altro focus group:

L'intervento educativo più difficile per me è quando c'è una situazione di deterioramento cognitivo e l'intervento educativo è rivolto ai familiari per aiutarli ad accettare la prognosi. (fisioterapista, Bo)

Se la letteratura, ma ancor più le pratiche, riconoscono il familiare come una risorsa del processo di cura, questo non significa che l'entrare in relazione con lui non sia per gli operatori anche una fonte di fatica. Dal focus group con gli operatori che esercitano in una Unità Assistenziale a totale gestione infermieristica, in mancanza di una presenza costante del medico, è emerso:

Una delle nostre fatiche è il confronto con i familiari poiché dobbiamo spiegare che siamo noi il loro punto di riferimento, infatti la figura del medico è prevista solo per consulenze settimanali, manca il ruolo autorevole del dottore (infermiera, Bo)

Pretendere che un familiare debba cambiare prospettiva sul sistema di cura, chiedendogli di abbandonare la consuetudine che li vedeva chiedere al medico le informazioni sullo stato di salute del proprio congiunto al termine della visita, certamente non è facile. La fatica dei familiari ricade poi inevitabilmente sul vissuto degli infermieri per via del mancato riconoscimento della loro funzione professionale.

Il parente diventa ostacolante anche quando le sue aspettative di cura non coincidono né con l'organizzazione in generale, né con il piano assistenziale proposto dagli operatori, come accade nello sviluppo delle autonomie su cui spesso ci sono visioni e attese diverse che generano non pochi malumori, ad esempio:

È faticoso quando il pazienti non collaborano e i parenti non li stimolano, anzi li assecondano, perché secondo loro chi è ammalato deve stare a letto, mentre noi sappiamo che è importante alzarli (infermiera, Bo).

Nel corso dei focus group realizzati in Canton Ticino emerge che oltre all'apparato burocratico-organizzativo, alle resistenze degli assistiti e loro familiari, anche gli

operatori stessi si considerano un ostacolo agli interventi educativi. Riportiamo testualmente:

Noi stessi, possiamo essere d'ostacolo. Noi tutti abbiamo delle idee che a volte sono difficili da cambiare, ognuno con la sua filosofia e certe volte si fa fatica capire che non tutti i pazienti possono essere educati secondo il nostro stile.
(Fisioterapista, CH)

Un'infermiera riprendendo la parola *trappola* emersa nel corso di un commento, dice:

una trappola nell'educazione...è quando voglio a tutti i costi imporre qualcosa a qualcuno e allora non è più un atto educativo, ma una imposizione, inconsapevole. Magari sono convinta che la strategia sia utile, invece non osservo i feedback esterni che non mi fanno mettere nell'ottica educativa...in questo caso esco dal seminato (Infermiera, CH)

Il fatto che alcuni operatori accettino la possibilità di considerarsi ostacolanti ai processi educativi è un dato da valorizzare. Significa riconoscere che i motivi che stanno alla base delle problematicità non sono da imputare esclusivamente all'esterno - apparato burocratico e malati/familiari – ma trovano spazio anche nell'operatore, aprendo il discorso sulle *responsabilità educative* palesando una riflessività matura e al tempo stesso problematicista.

1.6.6. Per una formazione alla cura educativa: tra assenze, esperienze e alleanze

Vi sentite formati per realizzare interventi educativi con i vostri pazienti? Oppure: Pensate che la vostra formazione sia stata idonea per poter mettere in campo degli interventi educativi?

Sono queste le domande formulate al termine di ciascun focus group per comprendere quanto la formazione ricevuta, a parere degli operatori, possa essere considerata pertinente, o meno, per lo sviluppo delle competenze educative in sanità.

Anche per questa domanda troviamo chi ha replicato con una risposta immediata e chiusa:

assolutamente no (ostetrica)

oppure chi ha accompagnato la propria opinione con un breve commento.

No, anche per me. Non ho ricevuto alcuna preparazione adeguata. Dovremmo essere educate noi, prima di poter educare le donne. (ostetrica)

La maggior parte degli operatori, invece, risponde con brevi richiami sulla propria esperienza formativa, come si legge di seguito:

durante la scuola c'è stata poca pedagogia. Mi hanno aiutato altri corsi dopo la scuola di fisioterapista che mi hanno insegnato le basi dell'educazione e dell'apprendimento (fisioterapista CH).

continua un collega:

*Anche a me ha aiutato fare corsi di altra natura in cui erano inseriti i moduli di pedagogia, mentre a scuola è stata fatta in minor misura (fisioterapista CH).
Durante gli studi qualcosa sull'educazione c'è stato....psicologia clinica, tecniche di counseling, ma è l'esperienza che ti guida e ti permette di gestire le situazioni (medico CH).*

La formazione sembra non privilegiare la trasmissione dei contenuti pedagogici. I saperi utili per la pratica educativa in sanità pare vengano acquisiti al di fuori del percorso di studi e, solo dopo tempo, si arriva a riconoscerne l'importanza:

in passato abbiamo avuto delle belle esperienze formative in tal senso, ma le vivi come un obbligo e quindi le subisci un po'... comprendi solo dopo tempo l'utilità. (fisioterapista, Bo)

La maggior parte degli operatori riconosce l'assenza di una formazione attenta e, dunque, dedicata alla trasmissione di teorie e pratiche educative:

il problema è che posso fare dell'educazione terapeutica, ma mi manca il metodo per farla velocemente. Manca quindi una formazione specifica...anche se poi l'abbiamo fatta sul campo. (medico, Bo)

D'altro canto si identifica l'esperienza sul campo quale ambito privilegiato per l'acquisizione degli elementi utili alla competenza educativa, come apprendiamo da quanto emerso nel corso dei focus group dei medici di Medicina generale di Bologna:

Credo di essermi educato dall'esperienza, mi sono buttato come un dilettante

Continua il collega:

Noi abbiamo fatto Medicina negli anni 70 in cui non c'era neanche l'insegnamento della psicologia, quindi ci siamo formati tutti chi sul campo, chi

perché ha letto, chi perché ha fatto dei corsi, chi perché ha partecipato a delle ricerche (medico, Bo)

La formazione di base non fornendo i saperi necessari per educare un assistito ha portato il medico a intraprendere più o meno fortuitamente dei percorsi autodidattici che gli hanno permesso di costruire in autonomia le proprie conoscenze sull'educazione.

Io come formazione ho quella degli anni '70-'80, ovviamente non avevo idea durante il corso di quale specialità prendere. Appena finito ho deciso di fare il medico di Medicina generale, sono contentissimo di farlo. Ma nessuno mi aveva mai detto cosa mi stava aspettando in uno studio medico, perché non lo sapevo. Premesso che a me non piaceva la vita dell'ospedale con le sue gerarchie e riti, io posso dire che tutto quello che ho imparato, e non parlo di medicina perché mi compete in quanto studio, ma nei rapporti interpersonali, nell'educare in quello che abbiamo detto fino adesso me lo sono creato da solo (medico, Bo)

Nel registrare una punta di orgoglio, ma anche di rammarico, per "essersi creati da soli" la competenza alle relazioni interpersonali, il discorso è stato portato sulla formazione in generale con la narrazioni di particolari scenari e la denuncia di alcune problematiche che meritano di essere di riportate.

Sempre nel focus dei medici di medicina generale di Bologna:

....quando mi capita di fare il tutor agli studenti dell'ultimo anno o quelli post laurea.... giovani o futuri colleghi, vedo il loro stupore dopo che hanno fatto per 6-7 anni l'ospedale.. Sono preparatissimi da un punto di vista tecnico e teorico... Ma quello che sa tutto sul pancreas, non ha visto che il pancreas da 4 anni e si ferma lì. Per il medico di famiglia il malato è complesso...cefalea, bronchite... In un ora hai già un'ampia casistica. Mentre io non me ne accorgo e mi dimentico di questo saltare di caso in caso con facilità, gli studenti invece si stupiscono e lo dicono. Il fatto di fare il tutor mi è stato di grande aiuto, mi ha fatto focalizzare alcune cose per cui, anche quando parlo con loro, facendo io un'azione formativa educativa....ne trovo dei vantaggi per la mia professione (medico, Bo).

Sulla formazione è stato avviato un dibattito acceso che ha tenuto conto di diverse tematiche che vanno dalle politiche sulla formazione in generale, al sistema universitario e regionale fino a considerare il ricorso ad alleanze interdisciplinari, permettendoci di raccogliere prospettive interessanti di chi vive in prima persona i limiti formativi legati alla pratica sanitaria. Dichiara un medico:

Credo che un pedagogo sappia benissimo che i rapporti con la Facoltà di medicina sono difficili, perché l'accademia non ha accettato dei percorsi di pedagogia oggi, quindi il processo formativo di discipline come la nostra, che sono eminentemente pratiche, non esiste nell'accademia. Questo è il problema.

Noi tutti siamo coscienti di questi limiti e ci siamo tra virgolette arrangiati, anche se come categoria dobbiamo avere un po' di orgoglio. Ci siamo informatizzati a metà dell'opera....ci siamo accreditati non in maniera autoreferenziale. Non abbiamo mai rifiutato il confronto con gli altri. siamo critici ma non possiamo fare tutto da soli, è che la "mamma di tutti noi", cioè l'università italiana, in questo non è adeguata al sistema sanitario, e per questo il potere amministrativo che è andato al federalismo, vede nelle regioni l'inadeguatezza ulteriore.... Questo purtroppo non è dovuto al sistema di culture, ma alla mancanza di risorse: non possiamo metterci a fare il professore, la scuola il bidello....fare in pratica tutto. Questo quindi è il problema che non dipende da noi. Io credo che tutti noi, chi più chi meno, compreso chi ci ha preceduto abbia fatto un grandissimo sforzo.

In tutti i Welfare evoluti la medicina generale è insegnata all'università. Questo è un buco culturale spaventoso che nessuno vuole affrontare e che noi paghiamo....e soprattutto i futuri medici, anche perché noi abbiamo fatto la nostra parte e l'abbiamo fatta anche bene.

Il futuro lo vedo male anche dentro l'ospedale. È stato stravolto quello che era, con una cultura che non so se porterà ai risultati. Ripeto, noi non siamo carenti su cosa vogliamo fare, ma carenti sulle risorse per sostenere le scelte, di cui io non mi sento responsabile. E riconosco il fatto che la scienza vostra - si riferisce alla pedagogia- insieme a noi - si riferisce alla medicina - possa far capire questo limite. Un'alleanza di questo tipo può essere un impegno da prendere insieme.

Non solo per i medici, ma anche per le altre categorie professionali la formazione sanitaria sembra non corrispondere adeguatamente allo sviluppo della competenza educativa. Tale fenomeno viene confermato anche dai dati raccolti nelle schede anagrafici degli operatori che hanno partecipato all'indagine dove solo il 38,5% dichiara di aver seguito un corso di pedagogia, senza specificare a quale percorso formativo si riferisce (scuola secondaria? Università? Corsi extracurricolari?), mentre il 56,5%, (ventidue partecipanti) dichiara di non aver mai preso parte.

La competenza alle pratiche educative in sanità prende forma quindi prevalentemente dall'esperienza messa in campo dal singolo operatore, ma ciò può rappresentare un limite. Formare allo sviluppo della competenza educativa è un bisogno riconosciuto dagli operatori stessi e come tale chiede di essere soddisfatto per adempiere adeguatamente al proprio mandato educativo, riducendo la fatica e aumentando l'efficacia e di

conseguenza il grado di soddisfazione. Dichiarò a tal proposito un medico:

i bisogni formativi sull'educazione sicuramente ci sono e sono tanti. Io penso che se qualcuno ci avesse aiutato, ma siamo ancora in tempo a farlo oggi, a interpretare alcune delle tante problematiche del malato riusciremmo a educarlo meglio. Riuscire a far passare dei messaggi di un certo tipo, è certamente un aiuto per noi medici, in quanto ti fa fare meno fatica e ti permette di educare meglio.

1.7. In conclusione: i focus group e le loro tensioni pedagogiche

A conclusione dell'analisi, possiamo affermare senza ombra di dubbio che i focus group hanno avuto al loro interno anche una forte tensione pedagogica.

La possibilità data agli operatori di accedere alle esperienze e alle rappresentazioni sugli aspetti educativi del loro agire, ci ha permesso di soddisfare l'obiettivo della ricerca. Infatti, dall'elaborazione dei dati siamo riusciti a comprendere *quanto c'è di educativo nelle pratiche sanitarie, come si realizzano*, ma ancor più si *intenzionano* tali pratiche e quali sono le *difficoltà* che si incontrano, oltre a raccogliere i bisogni formativi e i sentimenti legati all'essere educatori e/o a svolgere una funzione educativa.

I focus group si sono spinti ben oltre il loro itinerario euristico. Difatti, le opinioni espresse dagli operatori non sono state depositate solo per produrre dati; non vi è stata alcuna riproduzione tout court delle esperienze, dal momento che i partecipanti non si sono limitati al solo registro cognitivo e riproduttivo dei fatti educativi. Nel corso dell'indagine più volte sono state chiamate in causa le emozioni, i vissuti e i progetti, non solo con le parole, quanto nel clima che ha accompagnato gli accessi dibattiti che si sono realizzati in alcuni focus group.

La dicibilità della propria esperienza, la condivisione dei vissuti e la possibilità di ritagliarsi un tempo per sé, dal momento che la riflessione individuale e di gruppo è avvenuta fuori dal contesto lavorativo, ha permesso che i fatti rivelati prendessero anche una direzione *trasformativa*. L'interazione e la discussione di gruppo oltre ad ampliare le conoscenze dei singoli partecipanti, ha promosso un aumento della consapevolezza innescando, per certi versi, anche dei processi che potremmo definire di empowerment.

Medici, infermieri, fisioterapisti e ostetriche hanno avuto la possibilità di essere ascoltati e di esprimere le proprie esperienze e riflessioni senza particolari remore e in totale assenza di giudizi.

I racconti e le opinioni, pur sollecitate da domande guida, sono stati detti in libertà e questo ha contribuito a dare valore e successo alla ricerca.

Numerosi sono stati i consensi che gli operatori hanno espresso al termine all'indagine, sia per lo stile di conduzione che per l'esperienza vissuta all'interno dei focus group.

Afferma un medico di Bologna:

*Sono stato molto soddisfatto di questa esperienza....È perché per una volta siamo stati ascoltati, ed è un gran piacere. È stato terapeutico, anzi no, direi che è stato pedagogico (ride).....per tutti.
È stato più interessante una cosa del genere....piuttosto che quel corso che ho dovuto seguire l'altro giorno per l' ECM.*

La tensione pedagogica dei focus group si deve, con ogni probabilità, alla risposta del bisogno che gli operatori hanno di riflettere sulla propria esperienza, ma ancor più di confrontarsi e conoscersi.

I tempi e la tipologia della cura sanitaria, abbiamo visto, tendono a privilegiare il fare, l'azione oscurando tutto ciò che è immateriale come il pensare, il parlare e il sentire, creando spesso dei profili di solitudine. L'indagine indirettamente ha contrastato tale fenomeno, seppur per un breve tempo.

La partecipazione ai focus group ha permesso agli operatori di incontrarsi e scambiarsi opinioni e vissuti spesso inediti, a partire da esperienze legate all'educativo, generando un consenso unanime.

Al termine di ogni focus group è stato chiesto di riprendere la scheda individuale e di esprimere un indice di gradimento sull'esperienza e di dare suggerimenti nell'apposito schema riportato a tergo.

Tutti gli operatori hanno dichiarato di essere soddisfatti dell'esperienza e di aver appreso qualche elemento nuovo.

Le risposte relative agli apprendimenti e i guadagni individuali possono essere ricondotte in tre categorie:

1. aumentata consapevolezza sulla funzione educativa;
2. confronto tra colleghi;
3. valore dell'esperienza.

A titolo esemplificativo si riportano alcune risposte che seguono la domanda *Cosa mi porto a casa?* scritta nella scheda anagrafica:

Una visione più ampia del concetto di educazione: ognuno educa in base alla propria esperienza. Che l'educazione è per nulla facile e di difficile quantificazione.

Un momento di riflessione sull'educazione in generale alla quale in effetti non avevo mai pensato. Al fatto che è un aspetto molto variegato e che ha diverse sfaccettature.. Riflessioni personali su come sono io come educatore.

Una conferma che la funzione di educatore è molto importante nel mio lavoro.

L educazione pedagogia manca nel curriculum della formazione "fisioterapia", siamo formatori/educatori ma non tutti hanno le capacità-basi-strumenti.

Consapevolezza del nostro ruolo in campo educativo.

Piacevole confronto fra colleghi con uno scambio di opinioni utile nell'ambito della nostra attività quotidiana.

Anche nello spazio lasciato aperto ai suggerimenti e alle proposte, si evince quanto l'esperienza sia stata per molti operatori positiva, leggiamo a tal proposito:

Mi piacerebbe fare altri confronti

Più incontri tra noi che ci aiutano a conoscerci non solo sul lato lavorativo ma anche per quanto riguarda le visioni della vita. Incontri con specialisti che ci aiuterebbero a gestire il lato emotivo del nostro lavoro in maniera giusta

In questo scenario l'indagine ci ha permesso di conoscere la realtà sanitaria in parte vissuta e in parte rappresentata dagli operatori coinvolti. Ed è da questa conoscenza che è necessario partire, per proporre qualsiasi ipotesi di cambiamento.

Cambiamento che deve necessariamente passare dal coinvolgimento degli operatori che nel corso delle loro testimonianze, hanno chiesto più o meno espressamente di partecipare con le proprie esperienze, riflessioni e idee.

Scrivono un'infermiera della Clinica riabilitativa di Novaggio (CH), alla domanda "cosa mi porto a casa":

Ancora più consapevolezza, la sensazione che il “viaggio che sto facendo” (vita e professione) è nella direzione adeguata. Molte domande su come “educo” in generale. Qualche domanda ancora su come sono stata educata. La voglia di sedermi e riflettere.

E oggi in un tempo di crisi economica e valoriale generalizzata, che pervade anche i sistemi sanitari, la risposta al desiderio di *sedersi e riflettere* può essere una strada utile a valorizzare chi, nonostante le tante contraddizioni e fatiche, continua a impegnarsi nelle pratiche di cura sanitaria, come hanno testimoniato gli operatori incontrati nel corso dell'indagine.

PER CONCLUDERE

L'«EDUCATIVO» E I SUOI ORIZZONTI DI POSSIBILITA'

Il lavoro di tesi ha percorso un territorio di frontiera; un territorio che sta fuori e attorno a due campi disciplinari – quello delle scienze mediche e della pedagogia - che, pur distinti, sono accomunati dallo stesso fine: la *cura dell'uomo*.

Lasciando un luogo per un altro, un istante per il successivo, abbiamo vagato lungo gli spazi e i tempi delle cure, mossi dal solo desiderio di capire cosa ci fosse *oltre* i singoli confini dei campi disciplinari da cui siamo partiti.

Ci siamo così diretti verso le vette – ma anche gli abissi – della cura incontrando paesaggi ricchi di suggestioni e di scenari alquanto singolari. Abbiamo avuto la possibilità di individuare dettagli, raccogliere tasselli, fotografare immagini e collezionare pensieri che ci hanno fatto capire quanto il «sanitario» e l'«educativo» non siano soltanto aggettivi, ma elementi concreti che sostanziano, qualificano e definiscono la *cura dell'uomo e per l'uomo*.

Il «sanitario» e l'«educativo» sono fenomeni legittimi e imprescindibili tali per cui non è possibile considerare l'uno antecedente o, ancor più, dominante sull'altro. Ne deriva, allora, che la cura sanitaria e quella educativa, pur nella loro specificità e differenze, rappresentano la parte di un tutto per la tutela, la promozione e il ripristino dello *stare bene*. Per questo è inammissibile curare nell'autosufficienza e nell'autoreferenzialità, dato che quando ciò avviene (e purtroppo ancor oggi accade), le cure si manifestano sul piano della loro parzialità e debolezza, generando in chi le riceve, (ma anche in chi le eroga), sfiducia e malcontento per la loro fragile incompiutezza. Le cure allora necessitano di saperi variegati che scaturiscono da prospettive disciplinari differenti, oltre che da narrazioni, strumenti, approcci, emozioni, inquietudini e, non ultimo, persone che con profili e competenze diversificate, abbiano a cuore la promozione dell'altro e di sé.

Il percorso è continuato lungo la strada delle connessioni e degli sconfinamenti, attraversando ponti che hanno collegato sponde talvolta distanti, rendendole più accessibili e prossime.

Salendo sui ponti è stato possibile osservare i paesaggi sottostanti e recuperare una veduta più ampia, rispetto alla prospettiva che si è soliti osservare.

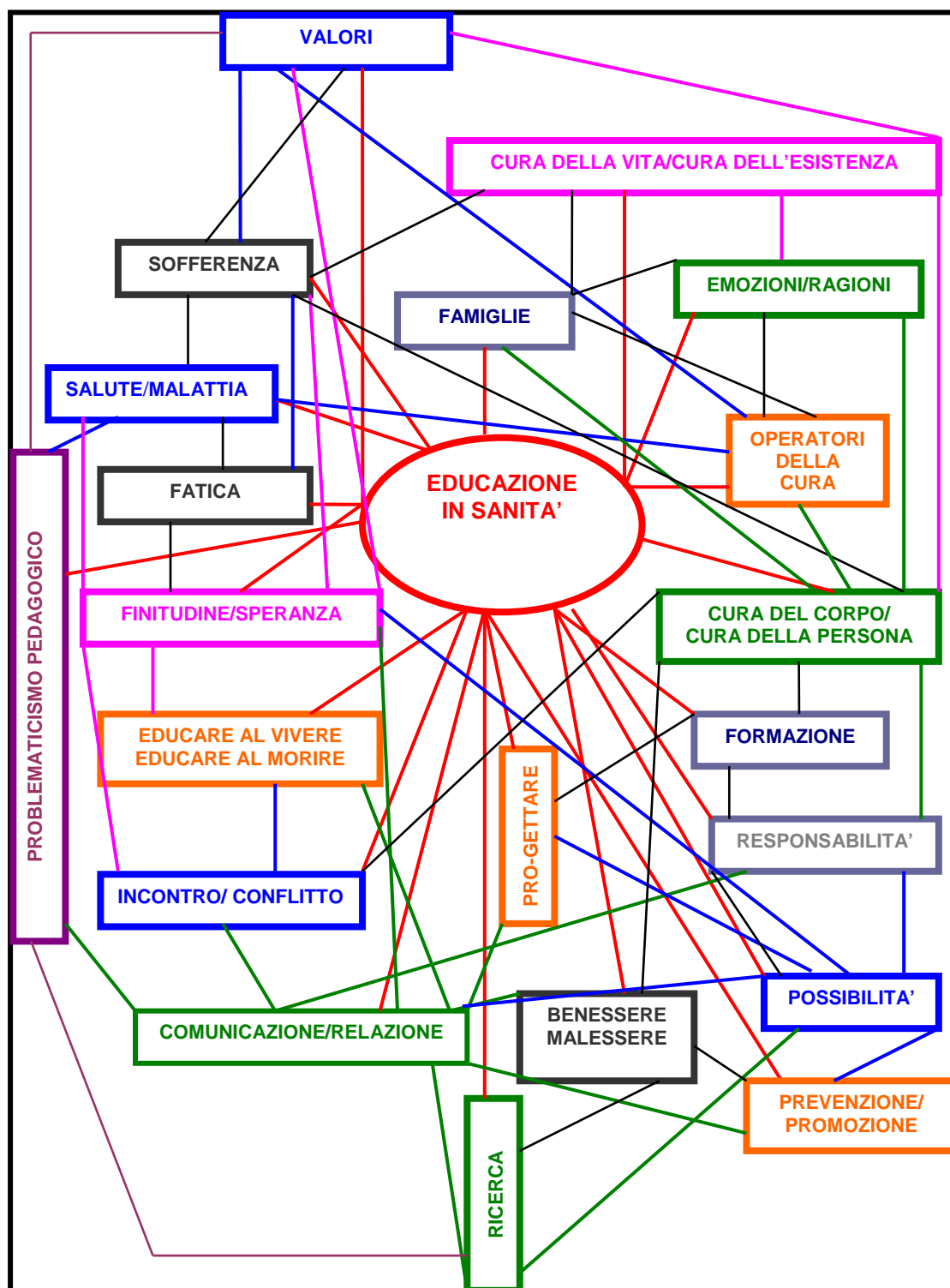
Il *ponte della cura* che ha connesso la medicina, da un lato, con la pedagogia dall'altro, ha avvicinato due territori tradizionalmente lontani permettendo un dialogo, in parte già avviato, da cui sono stati raccolti discorsi e parole che raccontano quanto tra le due discipline vi sia un rapporto di profonda continuità e di stretta integrazione. Molte delle prestazioni che si esprimono nel corso di un'azione sanitaria, infatti, sono connotate da un'alta specificità, e per certi versi inevitabile, tensione pedagogica. Questa rivelazione ci ha portati a ricercare quanto ci sia di educativo nella cura sanitaria, per scoprire che gli interventi educativi sono un ambito specifico della competenza sanitaria istituzionalmente definiti, come abbiamo visto nei profili professionali emanati dal 1994 dall'allora Ministero della Sanità italiana, tutt'ora vigenti, oltre che dai numerosi documenti presentati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Tutto ciò ci fa dire che anche nei territori sanitari l'educazione non può navigare a vista. L'educazione ha bisogno che le si imprima una direzione per non abbandonarla alla deriva della casualità, dell'accidentalità e del fortuito. Tanto meno deve essere riposta nella sua forma retorica, idealistica o peggio di chiacchiera, svuotata di senso e pronunciata come slogan. Questi sono i rischi che si possono incontrare e in cui spesso si è caduti, quando si è parlato di educazione nella sua generalità e bonarietà, senza ricondurla ad elementi e figure che la racchiudano nell'ambito di una specifica competenza pedagogica. Per questo, parte della riflessione si è soffermata sugli elementi di identità concettuale e di configurazione prassica che puntano a sostenere e a promuovere una fattiva competenza pedagogica in sanità.

Gli elementi conoscitivi raccolti nella prima parte del viaggio ci hanno sollecitato a rientrare poi nei territori concreti della cura sanitaria, per cercare di comprendere più da vicino il *perché*, il *come*, ma anche il *come si compongono* e il *come si decifrano* i fenomeni educativi nella quotidianità del lavoro sanitario. In questo caso un'indagine esplorativa ha coinvolto medici, infermieri, ostetriche e fisioterapisti dando loro la parola. Durante i focus group gli operatori hanno partecipato con *espressioni, aneddoti e passioni* libere, schietti e semplici, ma complesse al tempo stesso, che hanno mappato il territorio dell'educativo sanitario.

Le tante parole raccolte lungo l'intero viaggio di frontiera, hanno via via dato forma ad un reticolo complesso che svela figure di educazione cariche di implicazioni polisemiche. .

Lo vediamo raffigurato a mo' di esempio dallo schema che segue.



Al termine di questo viaggio possiamo affermare senza ombra di dubbio che l'educazione in sanità non è qualcosa di distante

Operatori, malati, familiari, persone sane, dirigenti, politici, universitari, economisti, ecc.. che in modo più o meno sostanziale contribuiscono e suggestionano le scene sanitarie, hanno a che vedere con pensieri e pratiche connesse all'educativo.

L'educazione è una parte della pratica sanitaria che non serve solo a tutelare la salute, prevenendo le malattie, ma è anche cura per riparare, incontrare e riannodare i fili di una storia interrotta, promuovendo così speranze.

Come nella condizione di salute così in quelle di limite, riferendoci alle malattie cronico-degenerative o in prossimità del morire, l'educazione si fa risorsa invisibile che tocca l'interiorità dei suoi soggetti. Aiuta a capire, lungo il cammino solitario e tortuoso di una ricerca, il senso - o il non senso delle vicissitudini, degli scacchi, delle perdite, delle sconfitte e dei passaggi della vita; questo vale sia per il malato e il familiare, sia per il medico, l'infermiere, l'ostetrica e il fisioterapista, ecc..

L'educazione, come vicenda interiore diventa l'occasione per ritagliare momenti per sé e di sé da perseguire anche nella grande mischia sanitaria, divenendo occasione per raggiungere, raggiungersi e farsi raggiungere.

Concepire l'educazione secondo questa prospettiva significa accettarne anche tutte le contraddizioni, sfuggendo al tentativo di mettere ordine ai caotici vissuti e flussi di coscienza che si manifestano quando si vivono condizioni di limite e finitudine. Significa altresì accettare che per il solo fatto che l'educazione è interminabile, allora non è mai troppo presto e nemmeno troppo tardi per educare, anche nei territori sanitari.

L'orizzonte a cui l'educazione dovrebbe riferirsi è quello del possibile, come ci insegna il problematicismo pedagogico, essendo cifra originaria e fondamentale della libertà umana. L'orizzonte del possibile riconosce a ciascuno l'opportunità di guardare davanti a sé e fare progetti, per costruire la propria esistenza e realizzare cambiamenti, tendendo al superamento delle diverse forme di problematicità che si sperimentano o che si hanno avute in sorte.

Aprirsi al possibile significa abitare il territorio dell'incerto e dell'inattuale esponendoci a chances positive o negative, che fanno sì, riprendendo Mariagrazia Contini, che il possibile sia *possibile-che-sì* e *possibile-che-no*.

Il viaggio all'insegna dell'educazione possibile apre ai percorsi connotati dall'impegno e dalla responsabilità etico-razionale soprattutto per quegli operatori della cura sanitaria disposti ad appassionarsi alle vicende del vivere umano. Ci riferiamo più precisamente

a chi volge l'attenzione non solo alle patologie, ai bisogni e ai dolori, ma anche alle sofferenze, alle felicità, ai desideri e alla loro mescolanza che si incontrano nelle relazioni di cura.

Un viaggio, quello educativo, che vorrebbe portare gli operatori a diventare sempre più curiosi, ma anche inquieti, desiderosi di chiedersi il perché delle cose, senza accontentarsi di risposte accomodanti e scientificamente definite.

Persone e professionisti, quindi, che nel perseguire lo sviluppo della competenza pedagogica siano disponibili a provare meraviglia nonostante le tante fatiche, in modo da resistere agli elementi culturali più alienanti e alle tante parole logore che certi paradigmi sanitari propongono. Parliamo di operatori in grado di entrare in contatto con il proprio corpo, le proprie emozioni e pensieri volgendo sguardi interroganti sulle proprie esperienze per stupirsi degli inediti che si svelano nel racconto, come ha testimoniato un medico bolognese nel corso dell'indagine, quando ha dichiarato:

Certo, noi facciamo educazione. E la facciamo nel nostro piccolo volta per volta...in questo modo possiamo dire che noi diamo pillole di educazione e non solo di farmaci.

BIBLIOGRAFIA

Annacontini G., *Dalla mano al pensiero. Nessi di pedagogia e medicina*, Pensa Multimedia, Lecce, 2012

Ajello A.M. (a cura di), *La competenza*, Bologna, il Mulino, 2002

Arkel D., *Ascoltare la luce. Vita e pedagogia di Janusz Korczak*, ATi Editore, Milano, 2009

Balduzzi L. (a cura di), *Voci del Corpo, prospettive pedagogiche e didattiche*, La Nuova Italia, Milano, 2002

Balistreri A. G., *Prendersi cura di se stessi*, Apogeo, Milano, 2006

Barzaghi G., *Lo sguardo della sofferenza*, Bologna, Edizioni ESD, 2011

Battisti C., Alessio G., *Dizionario etimologico italiano*, Firenze, G. Barbèra Editore, 1950

Beccastrini S., Nannicini M.P., Piras G., *Pedagogia della salute. Saggio sull'educazione sanitaria*, Napoli, Liguori Editori, 1991

Benkirane R., *La teoria della complessità*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007

Benner P., *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*, Milano, McGraw Hill, 2003

Bernard C.K. Choi, Anita W.P, Pak, *Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*, in Clin Invest Med, Vol 29, n.6, dicembre 2006

Bertin G.M., *Introduzione al problematicismo pedagogico*, Marzorati, Milano, 1951

Bertin G.M., *Educazione alla ragione. Lezioni di pedagogia generale*, Armando, Roma, 1968

Bertin G.M., Contini M., *Costruire l'esistenza. Il riscatto della ragione educativa*. Armando Editore, Roma, 1983

Bertolini G. (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. G. Guerini Studio, Milano, 1994

Bertolini P. *Dizionario di pedagogia e scienze dell'educazione*, Zanichelli, Bologna, 1996,

Bertolini P., *Ad armi pari. La pedagogia a confronto con le altre scienze sociali*, Utet, Torino, 2005

Bertolini P., (a cura di) *Per un lessico di pedagogia fenomenologica*, di), Erikson, Trento, 2006

Bertolini P., *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. La Nuova Italia, Firenze, 1988

Boffo V., (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura* Clueb, Bologna, 2006

Braidì G., *Affetti e relazioni nel lavoro d'assistenza*, Franco Angeli, Milano, 1997

Cagli A., *Elogio del metodo clinico. Mutamenti e problemi della medicina al letto del malato*, Armando editore, Roma, 1997

Cambi F., *Saperi e competenze*, Bari, Laterza, 2004

Canestrari R., Guerra L., *Antropologia, psicologia generale e pedagogia*, Masson, Milano, 1999

Canevaro A., *L'educazione degli handicappati. Dai primi tentativi alla pedagogia moderna*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993

Canevaro A., Chierigatti A., *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Roma, Carocci, 1999

Canevaro A., Gaudreau J., *L'educazione degli handicappati. Dai primi tentativi alla pedagogia moderna*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993

Canevaro A., *La formazione dell'educatore professionale. Percorsi teorici e pratici per l'operatore pedagogico*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991

Caronia L., *Costruire la conoscenza. Interazioni e interpretazioni in campo educativo*. La Nuova Italia, Firenze, 1997

Cavana L., *Il Karma e l'epochè*, Clueb, Bologna, 2001

Cavicchi I., *Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004

Cenacchi G., *Cammino tra le ombre*, Milano, Mondadori, 2008

Chiari P., Mosci D., Naldi E., *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing*, McGraw Hill, Milano, 2006

Chiosso G., *Novecento pedagogico*, Editrice la scuola, Brescia, 1997

Collière M. F., *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, tr. It. *Aiutare a vivere. Dalla sapienza delle donne all'assistenza infermieristica*, Edizioni Sorbona, Milano, 1992

Colombo G., Cocever E., Bianchi L., *Il lavoro di cura*, Carocci, Roma, 2004

Contini M. (a cura di), *Tra impegno e utopia. Ricordando Giovanni M. Bertin*, Clueb, Bologna, 2005

Contini M., Genovese A., *Impegno e conflitto. Saggi di pedagogia problematicista*, La Nuova Italia, Firenze, 1997

Contini M., *Comunicare tra opacità e trasparenza*, Mondadori, Milano, 1984

Contini M., *Figure di felicità. Orizzonti di senso*. La Nuova Italia, Firenze, 1988

Contini M., *Per una pedagogia delle emozioni*, La Nuova Italia, Milano, 1992

Contini M., *Elogio dello scarto e della resistenza*, Clueb, Bologna, 2009

Contini M., *La comunicazione intersoggettiva fra solitudini e globalizzazioni*, La Nuova Italia, Milano, 2002

Contini M., Fabbri M., Manuzzi P., *Non di solo cervello. Educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti*. Raffaello Cortina Editori, Milano, 2006

Contini M., Manini M. (a cura di), *La cura in educazione*, Carocci, Roma, 2007

Cosmacini G., *Dizionario di storia della salute*, Einaudi, Torino, 1996

Cosmacini G., *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 2011

Cosmacini G., Satolli R., *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*, , Laterza, Roma-Bari 2003

Cosmacini, G. *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Raffaello Cortina, Milano, 2008

Curi U., Remuzzi G., *La medicina è servizio e No. la medicina è scienza*, Corriere della sera di domenica 24 giugno 2012

d'Invernois J. F., Gagnayre R., *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*, McGraw-Hill, Milano, 2006

- de Mennato P., *Fonti di una pedagogia della complessità*, Liguori, Napoli, 1999
- de Mennato P., *La ricerca partigiana; teoria di ricerca educativa*, Liguori, Napoli, 1999
- de Mennato P., Orefice C., Branchi S., *Educarsi alla "cura"*, Pensa Multimedia Editore, Lecce, 2011
- di Giorgio A. M., *Pedagogia e medicina*, Cappelli Editore, Bologna, 1981
- di Giorgio A.M., *L'uomo paziente. Riflessioni di una pedagoga su malattia e crescita della persona*, EDB, Bologna, 1990
- Demetrio D., *L'educazione non è finita. Idee per difenderla*, Raffaello Cortina, Milano, 2009
- Demetrio D., *Tornare a crescere*, Guerini, Milano, 1991
- Di Bernardo M., *Le nuove scoperte e il nuovo contesto della ricerca bio-medica*, in *Etica & Politica*, rivista di Filosofia, Edizioni Universitarie di Trieste, XIII, 2011, 2, pp. 11-41
- Domenichelli B., *Elogio del dubbio. Il dubbio come parametro virtuoso in medicina*, Cardiology Science, vol 3. Settembre–ottobre, 2005
- Fabbri M., *Il transfert, il dono, la cura. Giochi di proiezione nell'esperienza educativa*, Franco Angeli, Milano, 2012
- Fabbri M., *Nel cuore della scelta*. Unicopli, Milano, 2005
- Fabbri M., *Sponde. Pedagogia dei luoghi che scompaiono o che conducono lontano*, Clueb, Bologna, 2002
- Fabbri M., *La competenza pedagogica. Il lavoro educativo fra paradosso e intenzionalità*, Clueb, Bologna, 1996
- Ferraresi A., Gaiani R., Manfredini M., *Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni*, Carocci, Roma, 2004
- Foucault M., *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano, 1985
- Frabboni F., *Manuale di didattica generale*, Laterza, Roma, 1992
- Frabboni F., Pintominerva P., *Manuale di pedagogia generale*, Laterza, Roma-Bari, 1994
- Fraunfelder E., *Le scienze bioeducative. Prospettive di ricerca*, Liguori Editore, Napoli, 2002

Fraunfelder E., *Pedagogia e Biologia. Una possibile alleanza* Liguori Editore, Napoli, 2001

Freire P., *La pedagogia degli oppressi*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1971

Gadamer H-G., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano, 1994

Gadotti M., *Leggendo Paulo Freire*, Torino, Società Editrice Internazionale, 1995

Gadotti M., Freire P., Fuimaraes S., *Pedagogia: dialogo e conflitto*, Società Editrice Internazionale, Torino, 1995

Galimberti U., *Il corpo*, Feltrinelli, Milano, 1997

Gandini T., *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità. Una proposta metodologica per definire le competenze dell'infermiere con funzioni di coordinamento*, , Franco Angeli, Milano, 2005

Gardner H., *Sapere per comprendere. Discipline di studio e discipline della mente*, Feltrinelli, Milano, 1999

Gensabella Funari M., *Il paziente il medico e l'arte della cura*, Rubertino Editore, Lecce, 2005

Gensini G. F., Fabbri L. M., Fini M., Nozzoli C. (a cura di), *La Medicina della Complessità*, ISBN 978-88-6453-205-9 (print) ISBN 978-88-6453-209-7 (online) © Firenze University Press

Grmek M.D., *La vita, le malattie e la loro storia*, Di Renzo, Roma, 1998

Guthrie D., *Storia della medicina*, Feltrinelli, Milano, 1967

Heiddeger M., *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 1976

Hillich I., *Nemesi medica*, Arnoldo Mondadori, Milano, 1997

Iavarone M. L., Iavarone T. (2004), *Pedagogia del benessere*, Franco Angeli, Milano

Iori V (a cura di), *Quando i sentimenti interrogano l'esistenza*, Guerini Studio, Milano, 2006

Israel G., *Per una medicina umanistica*, Lindau, Torino, 2010

Kanizsa S., *L'ascolto del malato*, Gurini Studio, Milano, 2003

Kanizsa S., *Pedagogia ospedaliera. L'operatore sanitario e l'assistenza al malato*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1992

- Korczak J., *Il diritto del bambino al rispetto*, Luni Editrice, Milano, 2004
- Korczak J., *Come amare il bambino*, Luni Editrice, Milano 1996
- Korczak J., *Quando ridiventerò un bambino*, Luini Editrice, Milano, 1995
- Leonelli S., *Molteplicità. L'identità personale tra narrazione e costruzione*, Clueb, Bologna, 2003
- Lippi D., *Storia della medicina*, Clueb, Bologna, 2002
- Malabou C., *Cosa fare del nostro cervello*, Armando editore, Milano, 2007
- Malaguti E., *Educarsi alla resilienza*, Erickson, Trento, 2005
- Mamot M., *Social determinants of health inequalities*, in *Lancet* 2005; 365: 1099–104,
- Manese E., *La pedagogia clinica tra scienze umane e neuroscienze*, Anicia Roma, 2002
- Manuzzi P. (a cura di), *I corpi e la cura*, ETS, Pisa, 2009
- Marcolongo R., *Curare “con il malato”. L'educazione terapeutica come postura professionale*, Istituto Change, Torino, 2006
- Martignoni G., Merlini F. (a cura di) *L'interdisciplinare e i processi di cura*, Materiali dell'Istituto di ricerca clinica Sasso Corbaro, Edizioni Alice, 1994
- Massa R., *La clinica della formazione. Un'esperienza di ricerca*, Franco Angeli, Milano, 1997
- Materia E., Baglio G., *Medicina e verità: tra scienza e narrazione*, in *Recenti progressi in medicina*, Vol. 100, N. 7, Luglio-Agosto 2009
- Materia E., Baglio G., *Health, science and complexity*. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 534-535
- Milani D., *Lettera a una professoressa*, Firenze, Libreria Editrice Fiorentina, 1996
- Minerva D., Sturloni G. (a cura di) *Di cosa parliamo quando parliamo di medicina*, Codice Edizioni, Torino, 2007
- Minuzzo S., *Nursing del dolore*, Carocci, Roma, 2004
- Moja E., Vigni E., *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000

- Moravia S., *il ragazzo selvaggio dell'Aveyron*, Adriatica, Bari, 1984
- Morin E., *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Raffaello Cortina, Milano, 1999
- Morin E., *I sette saperi dell'educazione del futuro*, Raffaello Cortina, Milano, 2001
- Morin E., *Il Metodo. Vol 5: L'identità umana* (2001) trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2002
- Morin E., *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Raffaello Cortina, Milano, 2000
- Mortari L., *Apprendere dall'esperienza*, Carocci Roma, 2003
- Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano, 2006
- Mortari L., *Cultura della ricerca e pedagogia*, Roma, Carocci, 2007
- Moscato M.T., *Il viaggio come metafora pedagogica. Introduzione alla pedagogia interculturale*, Editrice La Scuola, Brescia, 1994
- Motta P.C., *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Carrocci, Roma, 2002
- Murri A. (a cura di), *Quattro lezioni e una perizia. Il problema del metodo in medicina e biologia*, Zanichelli, Bologna, 1972
- Murri A., *La clinica come scienza e come arte*, Tipografia Cenniniana, Firenze, 1876
- Novelli G., Giardina E., *Genetica medica pratica*, Aracne, Roma, 2003
- Palmieri C., *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*. Franco Angeli, Milano, 2003
- Parsons T., *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1965
- Pellai A., *Educazione sanitaria. Principi, modelli, strategie e interventi. Manuale per insegnanti ed operatori socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano, 1997
- Pironi T., *Da Ellen Key a Maria Montessori: la progettazione di nuovi spazi educativi per l'infanzia*, in RPD, 2010, 5,1.
- Plsek, PE., Greenhalgh T., *Complexity science. The challenge of complexity in health care*. BMJ 2001; 323: 625-628
- Pomponio G., Calosso A., *EBM e metodologia della ricerca per le professioni sanitarie*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2005

Reale G., Antiseri D., *Il pensiero occidentale dalle origini a oggi*, vol. III, Editrice la scuola, Brescia, 1994

Russo M.T., *La ferita di Chirone*, Vita e Pensiero, Milano, 2006

Salomone I. (1997), *Il setting pedagogico. Vincoli e possibilità per l'interazione educativa*, Carocci, Roma

Santoni Rugiu A., *Veste corta e veste lunga. Barbieri-chirurghi, balie e levatrici come educatori*, Il Ponte Editore, Firenze, 2009

Shon D.A., *Il professionista riflessivo*, Edizioni Dedalo, Bari, 1983

Short D., Casula C.C., *Speranza e resilienza*, Franco Angeli, Milano, 2004

Siegel D. J., *La mente relazionale e Errori da non ripetere* editi da Raffaello Cortina, Milano, 2003

Smith R., *The ethic of ignorance*, Journal of medical ethics, 1992, 18, 117-118, 134

Stella A., *Medicare e meditare*, Guerini Studio, Milano, 2001

Sweeney K, Griffiths F., *Complexity and health care: an introduction*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002

Tarozzi M., *Pedagogia generale. Storie, idee, protagonisti*, Guerini Studio, Milano, 2001

Tarozzi M. (a cura di), *Direzioni di senso. Studi in onore di Piero Bertolini*, Bologna, Laterza, 2004

Tolomelli A., *La fragile utopia. Impegno pedagogico e paradigma della complessità*, Edizioni ETS, Pisa, 2007

Vannini I, *Ricerca empirico-sperimentale in Pedagogia. Alcuni appunti su riflessione teorica e sistematicità metodologica*, in RPD, Vo.4, n.1 2009

Vassallo N., (a cura di) *Filosofia delle scienze*, Einaudi, Torino, 2003

Vettore L., *Educazione alla complessità nelle cure. Introduzione ai laboratori*, in Tutor, Rivista della Società italiana di Pedagogia Medica, Volume 9, nr. 1, aprile 2009

Volta A., *Janusz Korczak: un precursore della pediatria all'inizio del '900*, in Quaderni acp - bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della associazione culturale pediatri, maggio –giugno 2005, vol. 12, n. 3

Watzlawick P., Beavin J.H, Jakson D.D., *La pragmatica della comunicazione umana*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1971

Wilson T., Holt T., *Complexity science. Complexity and clinical care*. BMJ 2001; 323: 685-688

Winnicott D., *Colloquio con i genitori*, Raffaello Cortina, Milano, 1993

Zannini L., *Medical humanities e medicina narrativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008

Zannini L., *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*, Franco Angeli, Milano, 2004

Zannini L., *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, Franco Angeli, Milano, 2001

RINGRAZIAMENTI

Il mio ringraziamento si estende alle maestre e ai maestri, ai colleghi e a tutte le persone che a vari livelli hanno contribuito a realizzare questo lavoro.

Grazie a Mariagrazia Contini per avermi guidato con sapienza e disponibilità lungo il corso dell'intero dottorato e per avermi insegnato a *sfidare il mare del possibile* non solo nei momenti di difficoltà.

A Maurizio Fabbri, attento e premuroso maestro, va il mio vivo più riconoscimento. Lo ringrazio per le lezioni di autenticità che ha saputo donarmi facendosi, in ogni momento del dottorato, *transfert, dono e cura*.

Ringrazio le proff.sse Letizia Caronia, Laura Cavana e Tiziana Pironi per la disponibilità al confronto e per i saggi suggerimenti che hanno contribuito ad arricchire il presente lavoro.

Un ringraziamento va ad Ira Vannini per avermi trasmesso i fondamenti del rigore scientifico con profonda chiarezza e immensa umanità.

Grazie a Davide Festi per aver accolto il progetto di ricerca sostenendomi lungo questo viaggio di frontiera...

Ringrazio tutti gli operatori che hanno partecipato ai focus group per il tempo, le storie e le idee che hanno saputo condividere. Un particolare riconoscimento va alla sig.ra Yvonne Williems e al sig. Roberto Guggiari per aver permesso l'indagine nella Clinica Riabilitativa di Novaggio (CH).

Un grazie particolare a Claudia....